

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра педитории № 1, 2

Студенческое научное общество

Совет молодых ученых

***МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ,
ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
М. П. ШЕЙБАКА***

14-15 апреля 2011 г.

Гродно
ГрГМУ
2011

УДК 61(063)
ББК 5я431
МЗ4

Рекомендовано Редакционно-издательским советом УО «ГрГМУ» (протокол № 2 от 17.03.2011)

Редакционная коллегия: ректор, профессор Снежицкий В.А. (отв. редактор);

первый проректор, доцент Воробьев В.В.
проректор по научной работе, профессор Зинчук В.В.
проректор по учебной работе, доцент Богданович И.П.
декан лечебного факультета, профессор Мармыш Г.Г.
декан педиатрического факультета, доцент Гурин А.Л.
декан факультета иностранных учащихся, к.м.н. Плоцкий А.Р.
декан медико-психологического факультета, д.м.н. Шамова Т.М.
декан медико-диагностического факультета, профессор Тищенко Е.М.
научный руководитель СНО, профессор Околокулак Е.С.

Рецензенты: зав. кафедрой, профессор Гарелик П.В.
зав. кафедрой, профессор Цыркунов В.М.
зав. кафедрой, профессор Жандаров К.Н.
зав. кафедрой, профессор Хоров О.Г.
зав. кафедрой, профессор Макшанова Е.И.
зав. кафедрой, профессор Басинский В.А.
зав. кафедрой, профессор Пырочкин В.М.
зав. кафедрой, профессор Лелевич В.В.
зав. кафедрой, профессор Бушма М.И.
зав. кафедрой, профессор Смотрин С.М.
зав. кафедрой, профессор Парамонова Н.С.
зав. кафедрой, профессор Максимович Н.Е.
зав. кафедрой, доцент Бертель И.М.
зав. кафедрой, доцент Кулеш С.Д.
зав. кафедрой, доцент Заборовский Г.И.
зав. кафедрой, доцент Ситкевич С.А.
зав. кафедрой, доцент Егорова Т.Ю.
зав. кафедрой, доцент Кондратьев Д.К.
зав. кафедрой, доцент Карпюк В.А.
председатель Совета СНО Гаджиева Ф.Г.
председатель Совета СМУ Пелеса Е.С.

Материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной
МЗ4 памяти профессора М.П. Шейбака. 14-15 апреля 2011 г. / Ред. кол.:
В.А. Снежицкий (отв. ред.), В.В. Воробьев, В.В. Зинчук [и др.]. – Гродно :
ГрГМУ, 2011. – 552 с.

ISBN 978-985-496-771-4

Сборник содержит материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора М.П. Шейбака, г. Гродно, 14-15 апреля 2011 г.

Представленные работы посвящены актуальным теоретическим и практическим аспектам медицины и, несомненно, будут полезны студентам, научным работникам и врачам всех специальностей.

УДК 61(063)
ББК 5я431

ISBN 978-985-496-771-4

© УО «ГрГМУ», 2011

М.П. ШЕЙБАК: ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ, УЧЕНОГО, ПЕДАГОГА
Парамонова Н.С., проф., д.м.н.

Михаил Петрович Шейбак родился в д. Капошево Новогрудского района Гродненской области 16 июня 1931 года. В 1954 году окончил Минский государственный медицинский институт и по распределению уехал в Светиловичский район Гомельской области, где стал работать районным педиатром. А через год работы молодой доктор уже поступил в аспирантуру при кафедре педиатрии Минского государственного медицинского института (1955–1958). Его научные исследования были посвящены обмену микроэлементов при пневмониях у детей. Результатом труда стала успешно защищенная в 1960 г. кандидатская диссертация на тему «Кобальт, никель и марганец в органах и железах внутренней секреции у детей, умерших от бронхопневмонии».

После окончания аспирантуры в течение двух лет М.П. Шейбак работал в Белорусском научно-исследовательском институте охраны материнства и детства (1958-1960), а после защиты кандидатской диссертации становится ассистентом кафедры педиатрии Тернопольского государственного медицинского института (1961).

После открытия Гродненского государственного медицинского института Михаил Петрович возвращается на Родину для организации в институте кафедры педиатрии (1962). Он формирует коллектив единомышленников, и успешно работая над докторской диссертацией, определяет не только научное направление кафедры на долгие годы, но и активно участвует в реформировании здравоохранения Гродненской области. Его докторская диссертация (1974) посвящена характеристике кишечных токсикозов у детей. М.П. Шейбак разработал не только диагностические критерии данной патологии, но и схемы терапии, внедрение которых в педиатрическую практику позволило значительно снизить показатели младенческой смертности в области. По материалам научных исследований была опубликована монография «Кишечные токсикозы у детей», актуальность которой сохраняется и в наши дни.

Научные исследования М.П. Шейбака и возглавляемого им коллектива были посвящены изучению проблем пульмонологии, неонатологии, кардиологии, гастроэнтерологии. В последние десятилетия он активно работал над решением проблем нарушенного кишечного всасывания и пищевой аллергии. Его научная мысль всегда опережала время. Еще 30 лет назад Михаил Петрович говорил и писал о проблеме непереносимости коровьего молока, и лишь сегодня у врачей не вызывает сомнения тот факт, что молоко может быть аллергеном, более того, отдельные его компоненты и вовсе не усваиваются организмом ребенка. Созданы препараты заместительной терапии (лактаза-беби), безмолочные смеси.

Профессор Шейбак М.П. – автор 280 научных работ, 3 монографий, 2 изобретений. Под его руководством защищены 2 докторские и 23 кандидатские диссертации. В области детской гастроэнтерологии кафедра занимает в настоящее время ведущие позиции не только в Беларуси, но и за ее пределами, и в этом прямая заслуга профессора Шейбака. Научное направление кафедры продолжают и развивают его ученики. Основное направление исследований – поиск клинико-лабораторных маркеров ранних нарушений состояния здоровья у детей с соматической патологией.

Сотрудниками кафедры опубликовано около 1 тыс. научных работ, в том числе 7 монографий. Издано 12 сборников трудов. Организовано и проведено более 150 научных конференций по актуальным проблемам педиатрии. Ряд студенческих научных работ удостоен дипломов Республиканского смотра-конкурса.

Михаил Петрович Шейбак активно содействовал открытию педиатрического факультета. Всю жизнь, работая педиатром, он понимал, что ребенок – это не взрослый в миниатюре, а маленький человечек со своими проблемами, особенностями, тактикой ведения в различные возрастные периоды. Однако не всегда его идеи находили поддержку в правительстве. Вскоре после открытия педиатрического факультета его закрывают, причем не только в нашем университете, но и в г. Минске. Мно-

гочисленные хождения по инстанциям, выступления в печати помогают решить вопрос повторного открытия педиатрического факультета, и с 1985 года Михаил Петрович становится во главе кафедры педиатрии педиатрического факультета, ныне педиатрии № 2.

Михаил Петрович был яркой, незаурядной личностью, чутко относился к молодежи, лично посещал занятия студенческого кружка, старался привить студентам любовь к научному поиску, считал, что подготовка научной смены должна идти через отбор талантливых студентов, активно и с большим желанием участвующих в работе кружка, предметных олимпиадах.

На кафедре педиатрии №2 ГрГМУ бережно относятся к системе подготовки педиатров, разработанной М.П. Шейбаком. Организовано преподавание следующих дисциплин: пропедевтика детских болезней, неонатология, неонатология с медицинской генетикой, медицинская генетика, педиатрия, клиническая фармакология, поликлиническая педиатрия, клиническая аллергология и иммунология. Учениками Михаила Петровича подготовлено более 70 учебно-методических пособий, в том числе 6 с грифом Министерства образования РБ, 16 типовых учебных программ, созданы электронные учебно-методические комплексы.

Профессор Шейбак М.П. большое внимание уделял общественной жизни. Он был Членом правления Всесоюзного и республиканского обществ детских врачей, председателем областного общества детских врачей, членом правления республиканского детского фонда имени В.И. Ленина, учёным секретарём Учёного совета института. Под его руководством проходили обучающие семинары для врачей города и области, так как Михаил Петрович считал, что постоянное пополнение знаний – обязательная составляющая работы врача-педиатра. Сам он до последних дней своей жизни активно посещал учебу врачей, ему всегда было чем дополнить выступающих и поделиться своим громадным клиническим опытом.

Профессор Шейбак М.П. награждён Грамотой Президиума Верховного Совета БССР; Грамотой Министерства высшего и среднего специального образования; Юбилейной медалью к 150-летию В.И. Ленина; Медалью «Отличник здравоохранения»; Бронзовой медалью ВДНХ, является почетным гражданином г. Новогрудка.

THE OTHER END OF PARKINSONIAN NEURODEGENERATION – AN INTESTINAL DYSFUNCTION, CAUSED BY ALPHA-SYNUCLEIN AGGREGATION

Dr. Oleg Anichtchik, MD, PhD

Centre for Brain Repair, University of Cambridge

ED Adrian Building, Forvie Site, Robinson Way, CB2 0PY, Cambridge, United Kingdom

Mentor – Prof. Maria Grazia Spillantini

Parkinson's disease (PD) is a detrimental neurodegenerative disorder with unidentified single aetiological factor, progressive course and inevitably developing serious motor and mental disability. PD is associated with an aggregation of alpha-synuclein, and its mutation causes familial cases of the disease. It is followed by a dopaminergic loss in substantia nigra and basal ganglia. It is not clear if alpha-synuclein aggregation causes neurodegeneration, however it related to early synaptic dysfunction in PD (Garcia-Reitbok et al., 2010). Although an advanced PD dominated by motor dysfunction, early stages manifest often with non-motor symptoms (e.g olfaction deficit or gastro-intestinal dysfunction). Braak et al have observed an accumulation of Lewy bodies and neurites in myenteric plexuses of patients with Lewy body diseases (Braak et al., 2006), and the sequence of alpha-synuclein aggregation events leading to the aggregation within mesencephalon was consequently proposed ("Braak's staging of PD"). We wanted to know, whether we can 1) produce an aggregation of alpha-synuclein within enteric nervous system of mice and whether 2) aggregated alpha-synuclein could produce any effects on the enteric function.

We have addressed these questions in two different models of alpha-synuclein aggregation. First, we have introduced PD-inducing toxin rotenone via gastric gavage to the C57Bl/6J mice for 1 or 3 months weekly at a dose 50 ug/kg. At the end of the treatment

(1 and 3 months) mice were sacrificed, brain and parts of gastro-intestinal tract were dissected and processed for immunohistochemistry. In a second model, we have used a transgenic mouse line that expresses 1-120 aminoacid truncated human alpha-synuclein driven by a rat tyrosine hydroxylase promoter. These mice express alpha-synuclein within catecholaminergic cells, and the truncation increases aggregation propensity. We have analysed enteric nervous system in these mice at 3 and 6 months of age, and examined enteric function by quantifying number of faecal pellets produced in 1 hour.

Intragastral administration of rotenone has induced aggregation and accumulation of endogenous mouse alpha-synuclein within enteric ganglionic cells, with gradient of accumulation from inside-out – first alpha-synuclein was detected within submucosal layer. Interestingly, 3 months after the treatment, we have observed accumulation of alpha-synuclein within distant from gastro-intestinal tract areas – dorsal motor nucleus of vagus and spinal cord. Finally, accumulation of alpha-synuclein was detected within dopaminergic cells of substantia nigra (Pan-Montojo et al., 2010). We have then asked whether low levels of aggregated synuclein could induce any PD-related intestinal abnormality. We have used a transgenic mouse model, developed by us earlier. We have detected that enteric neural system expressed a transgene by RT-PCR, followed by immunohistochemistry for alpha-synuclein. We were able to detect very low levels of transgene. This was followed by assessment of the functional activity of intestine. For this we have quantified a number of faecal pellets, and smaller number of drier and lighter faecal pellets was detected in the group of transgenic animals, indicating possible problems not only with evacuation, but also with re-absorption of water.

Altogether, our data points out towards the exciting possibility of enteric nervous system being one of the first to be affected in PD.

References:

1. Garcia-Reitbuck, Anichtchik et al, Brain. 2010; Braak et al, Neurosci Lett. 2006; Pan-Montojo, PLoS One. 2010.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХОЛОДОВОГО ФАКТОРА

Абабурко Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – старший преподаватель майор м/с Полуян И. А.

Военная гигиена представляет собой одну из научных гигиенических дисциплин и областей практической деятельности военных врачей, разрабатывающая пути и способы сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и боеспособности военнослужащих.

Результативность предупреждения болезней, имеющих причинную связь с неблагоприятными условиями военной службы, в решающей степени зависит от взвешенной оценки факторов риска в быстроменяющейся санитарно-эпидемиологической обстановке, правильного выбора и своевременного проведения должных профилактических мероприятий. Неверное определение приоритетов в этой работе лишает ее целенаправленности и может приводить к серьезным дефектам в охране здоровья военнослужащих, наиболее тяжелое следствие чего – возникновение массовых заболеваний.

Природно-климатические особенности нашей страны с продолжительным периодом холодного времени года определяют непреходящее значение профилактики заболеваний, связанных с воздействием холодового фактора. Это обстоятельство особенно значимо для Вооруженных Сил из-за специфики социально-бытовых условий и характера деятельности их личного состава. Длительное пребывание на холоде во время учений, полевых и иных занятий, работ и т.д. создает предпосылки к холодовым поражениям, возникновению ряда соматических заболеваний, снижает сопротивляемость организма в отношении респираторных инфекций.

Вероятность возникновения таких инфекций существенно возрастает при активизации путей передачи возбудителя, чему способствует присущая армейским условиям высокая плотность заселения казарм и периодическое «перемешивание» разноименных групп военнослужащих.

И командирам, и их подчиненным следует в процессе военно-медицинской подготовки и занятий в рамках гигиенического обучения разъяснить значение для эффективного предупреждения простудных заболеваний и холодовых поражений непрерывного и комплексного проведения мероприятий по защите личного состава от холода, а также роли самих военнослужащих в этом деле. В методическом плане может быть рекомендовано использование материала, который полезно было бы дополнить актуальными данными медицинской службы о выполнении в подразделениях мер противодействия холоду и анализом причин возникновения конкретных случаев заболеваний.

Таким образом, предупреждение заболеваний, связанных с воздействием холодового фактора, одна из наиболее актуальных проблем охраны здоровья военнослужащих, а медико-профилактические мероприятия этого направления следует относить к приоритетам первого рода. Повседневная практика войсковой медицинской службы требует использования несложных и в то же время эффективным методов профилактической работы, которые позволяли бы постоянно контролировать санитарно-эпидемиологическую обстановку в части и при возникновении сбоев в системе охраны здоровья военнослужащих – оперативно представлять командованию рациональные предложения по устранению причин потенциального или реального роста числа заболеваний, в т.ч. и связанных с переохлаждением организма.

СЕМАНТИКО-СЛОВООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Абдуллаева Н.Х.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – ст. преп. Дымова Е.А.

Изучение процессов, которые происходили и происходят в медицинской терминологической системе, является важным и актуальным, т.к. каждый термин независимо от того, в какой сфере он функционирует, соотносится с обозначаемым им понятием и является своего рода носителем и хранителем знаний, определённой информации о деятельности человека.

Целью данного исследования явилось исследование семантико-словообразовательной структуры медицинских терминов. Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: проследить особенности терминообразования исходя из истории возникновения и становления медицинской терминосистемы, определить наиболее важные отношения в медицинской терминологии, выявить особенности семантики и структуры медицинских терминов.

Методы исследования выбраны с учётом специфики объекта, языкового материала, целей и задач исследования. Использовались синхронно-описательный и функциональный методы.

В результате проведённого исследования получены следующие результаты:

- медицинская терминосистема появилась не на национальной основе, а первоначально была полностью заимствована из греческого и латинского языков. Впоследствии иноязычная база медицинской терминологии постепенно начала приспособляться к нормам русского языка, подвергаясь ассимилированию;

- среди наиболее важных отношений в медицинской терминологии необходимо выделить отношения синонимии. Характерной чертой медицинской терминологии является обилие в ней вариантов и синонимов;

- наряду с однокомпонентными терминами в подязыке медицины существуют многокомпонентные термины, свободно образуемые в научной речи по продуктивным моделям. Значение этих терминов выводимо из значений их компонентов.

Такие терминологические словосочетания аналогичны однословным составным терминам. Среди новых понятий большинство являются производными от уже существующих в данной области, поэтому новые многословные термины нередко строятся как дериваты терминов, созданных ранее.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: медицинская терминология насчитывает десятки тысяч терминов, которые формировались в течение двух с половиной столетий. Процесс формирования и образования новых терминов продолжается и в наше время. Терминопорождение в медицине – процесс более активный, чем словообразование в общепотребительном языке.

Литература:

1. Головня, А.И. Словообразование в терминологической лексике / А.И. Головня // Словообразование и номинативная деривация в славянских языках: материалы VII Междунар. науч. конференции. – Гродно, 2000г. – С.400-403.

2. Дымова, Е.А. Отношения синонимии в медицинской терминологии / Е.А. Дымова // Е.Ф. Карский и современное языкознание: материалы X междунар. Карских чтений, Гродно, 16-17 мая 2005 г.: в 2 ч. / Гроднен. гос. ун-т; редкол.: М.И. Конышкевич [и др.]. – Гродно, 2005. – Ч.1. – С.290-294.

3. Лейчик, В.М. Терминоведение: предмет, методы, структура / В.М. Лейчик. – 2-е изд. – М., 2006.

ПРИСТАВОЧНЫЕ ГЛАГОЛЫ В ЯЗЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Авезметов Яшнар

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – преп. Барановская А.В.

Проблема создания языковой базы для активного участия в учебном процессе по избранной специальности до сих пор относится к числу самых актуальных.

Цель данной статьи заключается в том, чтобы выявить проблематику и определить место мед. лексики в системе приставочных глаголов.

Русский язык является средством овладения медицинской специальностью, поэтому приоритет принадлежит проблеме отбора материала и способов подачи его. Следовательно, должны быть четко определены количества значений приставок и сами значения приставок.

Более четкой должна быть дифференциация семантических групп-глаголов, сочетающихся с той или иной приставкой в том или ином значении [1].

Таким образом, студенты-медики должны изучить основные значения глагольно-именных приставок, используя как общепотребительную, так и общенаучную специальную лексику.

Литература:

1. Барыкина А.Н., Добровольская В.В. Изучение глагольных приставок. Изд. 2-е, – М.: Рус. яз., 1981.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У МАТЕРЕЙ, МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ И ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА И ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ

Азарко А.В., Федорук С.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – асс. Бердовская А.Н.

Заболевания, перенесенные матерью во время беременности, лекарственные средства и иные воздействия, которым она подвергалась, влияют на частоту врожденных пороков сердца (ВПС) у ребенка. Основная масса детей с ВПС при рождении имеет нормальные весо-ростовые показатели, однако вскоре после рождения дети начинают отставать в физическом развитии, причем первым реагирует весовой пока-

затель [1]. На характер вскармливания у данной категории детей влияет состояние тяжести ребенка после рождения, что в свою очередь обусловлено степенью сердечной недостаточности, кислородозависимостью.

Цель нашей работы явилась выявление корреляционной зависимости между течением беременности и родов у матери, массой тела при рождении, характером вскармливания на первом году жизни и дисфункцией эндотелия.

Методы исследования. Исследования выполнены у 114 детей ВПС (61 – детей, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу врожденного порока сердца и 53 – с естественным течением порока) обоего пола в возрасте от 4 до 17 лет.

При сборе анамнеза у матерей учитывалось течение беременности и при наличии гестоза, перенесенных инфекционных заболеваний в это время начислялся 1 балл за каждый признак. Родоразрешение путем кесарева сечения, масса тела при рождении ребенка менее 2500 и выше 4000 считались отягощающим фактором и также оценивались в 1 балл. У всех детей в условиях реовазографического исследования пульсового кровотока предплечья выполнен тест с реактивной гиперемией. Полученные результаты обработаны статистически с использованием корреляционного анализа по методу Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Таблица – Корреляционная зависимость между течением беременности и родов у матери, массой тела при рождении, характером вскармливания на первом году жизни у детей с ВПС и степенью максимального прироста пульсового кровотока предплечья

	R			p		
	R1	R2	R3	p1	p2	p3
Течение беременности и родов у матери	-0,15	-0,27	-0,12	0,09	0,04	0,35
Масса тела при рождении	-0,34	-0,39	-0,26	0,001	0,003	0,04
Характер вскармливания на первом году жизни	-0,29	-0,34	-0,30	0,001	0,01	0,01

Данные в таблице представлены в виде: R – коэффициент Спирмена, R1 – коэффициент Спирмена у детей с ВПС до и после оперативной коррекции; R2 – коэффициент Спирмена у детей с естественным течением ВПС; R3 – коэффициент Спирмена у детей после оперативной коррекции ВПС. p1, p2, p3 – статистически значимые различия показателей.

Таким образом, установлена разной силы отрицательная корреляционная зависимость между массой тела ребенка при рождении, характером вскармливания во всех подгруппах. Вместе с тем, при анализе течения беременности и родов у матери выявлена корреляционная зависимость только в подгруппе детей с естественным течением порока.

Литература:

1. Орлова, Н.В. кардиология: новейший справочник / Н.В. Орлова, Т.В. Парийская. – М.: Изд-во Экспо; СПб.: Сова, 2003. – 624с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Азарко А.В., Федорук С.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – ассист. Кардаш Н.А.

Вич-инфекция охватила сейчас почти все континенты. Ни одна болезнь не задавала ученым такие серьезные загадки за столь незначительный срок. Ежемесячно в

мировой научной прессе публикуются новые сведения о ВИЧ-инфекции, которые часто заставляют коренным образом менять точку зрения на вопросы патогенеза и клинико-морфологических проявлений этого заболевания. Первые сообщения о ВИЧ-инфекции и СПИДе появились в начале 80-х годов XX века. Симптомы данного заболевания были впервые зарегистрированы в 1978 г., а в 1983 г. Люк Монтанье из Института Пастера (Франция) открыл вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), который является причиной ВИЧ-инфекции [1].

Цель исследования. Проанализировать причины смерти и установить частоту ВИЧ-инфекции по данным аутопсий.

Материалом для исследования стали протоколы вскрытий отделения №1 УО «ГОПАБ» больных, умерших от ВИЧ-инфекции за период с 2004 по 2009 гг.

За исследуемый период ВИЧ-инфекция была выявлена в 27 секционных наблюдениях. При этом в 2004 г. – 2, 2005 г. – 4, 2006 г. – 3, 2007 г. – 4, 2008 г. – 5, 2009 г. – 9 случаев смерти. Все умершие трудоспособного возраста, а именно, от 25 до 47 лет. В 20 наблюдениях (74%) это были мужчины, и в 7 (26%) – женщины.

В 9 (33%) случаях данная инфекция была выявлена на фоне опийной наркотической зависимости и синдрома зависимости от алкоголя. В 21 наблюдении больные страдали вирусным гепатитом С, из них в 2 случаях с исходом в неполный септальный цирроз печени.

Стадия СПИД ставится спустя несколько лет после заражения ВИЧ-вирусом, развивается, как правило, на фоне выраженного иммунодефицита, обусловленного атрофией лимфоидной ткани, и характеризуется бурным развитием уже существующих инфекционных процессов, а также присоединением ряда оппортунистических инфекций и опухолей [2]. При исследовании в 25 случаях был выявлен туберкулез. Из них в 18 наблюдениях – гематогенный туберкулез, причем, генерализованный гематогенный туберкулез в 7 случаях, гематогенный туберкулез с преимущественным поражением легких в – 4 и гематогенный туберкулез с преимущественными внелегочными поражениями – в 7. Вторичный туберкулез выявлен в 7 наблюдениях, при этом инфильтративный туберкулез – 3 случая, казеозная пневмония – 1, туберкулома – 1, фиброзно-кавернозный туберкулез – 2 наблюдения.

В 18 случаях отмечалось поражение вещества головного мозга и мягких мозговых оболочек. Из них в 14 наблюдениях выявлен гнойно-некротический, чаще туберкулезной природы, и в 2 – герпетический менингоэнцефалит, а в 2 случаях – лимфома вещества головного мозга.

Кроме этого, больные страдали кандидозом слизистых оболочек полости рта и пищевода – 9 наблюдений, онихомикозом – 7, волосистой лейкоплакией языка – 8, пневмоцистной пневмонией – 3 случая.

Основными причинами смерти больных явились выраженная интоксикация и кахексия, обусловленные основным заболеванием и его проявлениями.

Увеличение случаев смерти больных от ВИЧ-инфекции указывает на то, что болезнь набирает темпы, и пока единственный способ сдержать ее – это научить людей избегать заражения ВИЧ-вирусом.

Литература:

1. Алиев, Д.А. Некоторые онкологические аспекты инфекции, обусловленной вирусом иммунодефицита человека./Алиев, Д.А., Магомедов М.К.//Обз. попр.онкологии.-Т.36.-№5.-С.515–522.
2. Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция: руководство для врачей/ Змушко Е.И., Белозеров Е.С./ СПб: Питер, 2000.–320 с.

ПРИМЕНЕНИЕ НАГРУЗКИ МЕТИОНИНОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Акстилович Н.М., Савош И.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – ассист. кафедры Пицко Д.В.

Актуальность работы: Серосодержащие аминокислоты играют важную роль в метаболизме и нарушение их обмена приводит к серьезным дисметаболическим изменениям в организме. Повышенная концентрация гомоцистеина является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что нагрузочный тест с метионином (НТМ) позволяет диагностировать нарушение реутилизации гомоцистеина, которое не выявляется стандартными методами исследования.

Цель работы: Изучить динамику концентраций серосодержащих аминокислот до и после нагрузки метионином у пациентов с подагрой.

Материалы и методы исследования: был выполнен НТМ у 45 пациентов с подагрой и 20 практически здоровых лиц. Серосодержащие аминокислоты определялись методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

Результаты исследования: Данные о динамике концентрации серосодержащих аминокислот представлены в таблице.

Таблица Концентрация серосодержащих аминокислот до и после нагрузки метионином (Медиана (нижний квартиль-верхний квартиль) мкмоль/л))

Пуриновые производные	До пробы с метионином		После пробы с метионином	
	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные
Цистеин	239,0 (198,1-303,2)	306,4 (283,5-318,7)	175,4 (150,6-206,2)+	295,2 (258,6-313,0)*
Гомоцистеин	8,9 (7,6-10,1)	13,2 (10,4-16,1)*	13,8 (9,7-15,0)+	18,6 (14,9-21,4)*+
Цистеинил-глицин	32,8 (28,7-39,3)	39,4 (33,3-45,4)*	25,7 (21,7-26,3)+	33,6 (27,8-38,4)+
Глутатион	4,5 (3,3-4,9)	5,4 (3,4-6,3)	4,4 (2,8-6,1)	6,2 (4,1-10,2)
Таурин	147,8 (92,3-173,5)	110,4 (69,5-142,6)*	72,6 (58,7-83,4)+	128,7 (89,6-203,7)*
Метионин	26,9 (23,5-34,6)	24,2 (18,3-28,6)	185,8 (155,2-217,8)+	202,3 (174,6-247,5)*+
Цистатионин	9,2 (7,3-12,9)	8,7 (6,2-11,7)	9,5(5,8-11,8)	8,8 (7,4-12,3)

* $p < 0,05$ – по отношению к контрольной группе, + $p < 0,05$ – по отношению к соответствующей группе до нагрузки

Как видно из представленных данных, до проведения нагрузочной пробы отмечался повышенный уровень гомоцистеина у больных подагрой (13,2 (10,4-16,1) мкмоль/л) в сравнение со здоровыми лицами (8,9 (7,6-10,1) мкмоль/л ($p < 0,05$), но у 34,5% больных подагрой уровень гомоцистеина не превышал уровень гомоцистеина контрольной группы. Однако после проведения НТМ уровень гомоцистеина был выше у всех больных подагрой по сравнению с постнагрузочным уровнем гомоцистеина контрольной группы.

При нагрузке метионином в контрольной группе на фоне увеличения уровня гомоцистеина наблюдается существенное снижение уровня цистеина, в то же время у больных подагрой на фоне повышения концентрации гомоцистеина не наблюдалось достоверного снижения уровня цистеина.

Выводы: Проведение нагрузки метионином позволяет выявлять скрытые нарушения серосодержащих аминокислот у больных подагрой с целью дальнейшей профилактики выявленных метаболических изменений и сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература:

1. Пицко, Д. В. Ранняя диагностика нарушений метаболизма серосодержащих аминокислот у больных подагрой / Д. В. Пицко [и др.] // Здоровоохранение – 2010. – №2. – С. 64-67.

2. Obeid, O. Plasma taurine and cysteine levels following an oral methionine load: relationship with coronary heart disease. / O. Obeid [et al.] // European Journal of Clinical Nutrition. – 2004. – Vol.58 – P.105–109.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ АРТЕРИЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Акстилович И.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жук И.Г.

В последние десятилетия отмечается рост травматических повреждений и заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) человека, требующих хирургических лечения. Наиболее частым объектом оперативных вмешательств является головка ПЖ, по вопросам кровоснабжения которой среди исследователей до настоящего времени нет единого мнения.

Цель работы. Установить особенности кровоснабжения головки ПЖ человека.

Материал исследования. 75 органокомплексов желудочно-кишечного тракта людей, умерших в возрасте 22–76 лет, причина смерти которых не была связана с патологией органов брюшной полости.

Методы исследования. Полихромная инъекция артерий органа красящими растворами на желатине (рационализаторское предложение № 1543 от 09.11.2009), препарирование, рентгеноангиография, морфометрия.

Результаты исследований. Согласно Международной анатомической терминологии 2003 года с официальным списком эквивалентов были выделены основные артерии головки ПЖ (передняя и задняя верхние панкреатодуоденальные артерии, передняя и задняя нижние панкреатодуоденальные артерии), а также дополнительные артерии, встречающиеся менее часто – артерия головки и шейки ПЖ, нижняя и длинная панкреатические артерии. Результаты изучения анатомии данных артерий приведены в таблице.

Артерии головки ПЖ	Исследуемый материал		Частота встречаемости артерий, %	Диаметр, мм	Длина, мм
	Снимки	Органокомплексы			
Передняя верхняя панкреатодуоденальная артерия	55	20	100	1,9±0,05	52,9±2,1
Передняя нижняя панкреатодуоденальная артерия	55	20	98,7	1,6 ± 0,1	41,4 ± 1,9
Задняя верхняя панкреатодуоденальная артерия	55	10	93,8	1,8 ± 0,1	35,3 ± 2,7
Задняя нижняя панкреатодуоденальная артерия	55	10	89,2	1,5±0,01	32,5±1,9
Артерия головки и шейки	55	20	45,3	1,2±0,1	45,0±2,1
Нижняя панкреатическая артерия	55	20	26,7	-	-
Длинная панкреатическая артерия	55	20	18,7	1,6±0,2	80,0±9,2

Таким образом, анатомия артерий головки ПЖ отличается значительной вариабельностью, что необходимо учитывать при оперативных вмешательствах на данном органе с целью предотвращения послеоперационных осложнений.

КОРРЕЛЯЦИИ АМПЛИТУДНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Александрович Ю.Е., Серафинович Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – ассист. Корнелюк Д.Г.

Электрокардиография является распространенным средством для контроля за состоянием миокарда при различных заболеваниях сердца. Известно, что динамика размеров и объема камер сердца оказывает влияние на величину вольтажных показателей ЭКГ. При увеличении функционального класса хронической сердечной недостаточности (ХСН) изменения гемодинамики носят как системный, так и внутрисердечный локальный характер, что может привести к изменениям на ЭКГ, преимущественно в виде увеличения или уменьшения амплитуды зубцов комплекса QRS.

Цель. Изучить изменение амплитудных показателей ЭКГ в зависимости от функционального класса хронической сердечной недостаточности у больных острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией.

Материал и методы. Обследовано 30 человек, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии ГКБ№2 г. Гродно в 2010 году с острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС) (17 – острый инфаркт миокарда, 13 – нестабильная прогрессирующая стенокардия). Из них 5 женщин, 25 мужчин, средний возраст 62,5 (52; 72) лет. Для оценки функционального класса ХСН на 12±2 день для больных ИМ и 10±2 день для пациентов с НС проведен тест 6-минутной ходьбы. Темп ходьбы пациент выбирал самостоятельно с таким расчетом, чтобы пройденная за 6 минут дистанция была максимальной. Всем исследуемым в день теста выполнена ЭКГ в системе 12 общепринятых отведений с помощью программно-технического комплекса «Интекард-сфера» или «Альтон 03-ЭКГ-00007», анализировалась амплитуда зубцов комплекса QRS и зубца Т. Статистическая обработка выполнена с использованием методов непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение: По результатам 6-минутного теста больные были разделены на 3 группы с учетом функционального класса сердечной недостаточности: группа 1 – ФК 1 (n=12), пройденная дистанция 501,5 (445; 532) м, группа 2 – ФК 2 (n=12), пройденная дистанция 399,5 (317,5; 421,75) м, группа 3 – ФК 3 (n=6), пройденная дистанция 220,5 (192,5; 240,5) м. Группы сопоставимы по полу, возрасту, углу б, преимущественной локализации поражения миокарда.

При сравнении показателей между группами достоверные различия получены между 1 и 3 группами по амплитуде зубцов SIII – 0,5 (0; 2) и 4,5 (3; 9) мм и SaVF – 0 (0; 1) и 3 (2; 7) мм соответственно (p<0,05). При проведении корреляционного анализа установлена прямая слабая корреляционная связь функционального класса с величинами амплитуд зубцов SIII, SaVF, QI и обратная слабая связь с величинами амплитуд зубцов QII и QaVF (p<0,05).

Полученные изменения можно объяснить с учетом известного влияния (эффект Броуди) увеличенного объема крови в левом желудочке на амплитуду зубцов комплекса QRS (снижение амплитуды в начальной части, увеличение амплитуды в конечной части), что имеет место при увеличении функционального класса ХСН у больных ИБС.

Выводы. У больных ИБС изменение внутрисердечной гемодинамики с увеличением функционального класса ХСН способно оказывать влияние на амплитуду зубцов комплекса QRS, что можно использовать для оценки степени тяжести и эффективности лечения.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

Алексеева Л.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Савоневич Е.Л.

Рак тела матки является одной из проблем в современной онкогинекологии в связи с разнообразием форм и особенностями клинического течения данной патологии в разных возрастных группах. Особая актуальность проблемы и в том, что несвоевременная, поздняя диагностика существенно влияет на снижение ожидаемой продолжительности жизни женщин, их инвалидизацию. В связи с этим особый интерес представляет анализ случаев первичной диагностики рака эндометрия, что явилось целью данной научной работы.

Проведен ретроспективный анализ историй болезни всех 69 случаев обнаружения рака эндометрия в гинекологическом отделении УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» в 2009-2010 годах.

Средний возраст пациенток составил 58 ± 1 лет, большинство женщин находились в постменопаузе (76%). Средний возраст начала менструаций – 14 лет, позднее менархе после 16 лет отмечали 14 женщин (21%). Нарушения менструального цикла в репродуктивном периоде отмечали 39 пациенток (57%). Средний возраст менопаузы в изучаемой группе составил 49 ± 2 года. При анализе паритета родов установлено, что 12 женщин имели 1 роды в анамнезе (17%), 25 женщин рожали дважды (36%) и 20 пациенток имели троих и более детей (30%). Бесплодием страдали 12 женщин (17%). Гинекологический анамнез отягощен у большинства женщин. Миома матки встречалась у 25 женщин (36%), аднексит – у 24 (35%), у 15 – патология шейки матки (21%). Одна пациентка перенесла трофобластическую болезнь (2,5%) и в одном случае рак эндометрия развился у женщины с двурогой маткой. Оперативные вмешательства на матке в анамнезе были у 9 женщин (13%). Из экстрагенитальных заболеваний чаще других встречались патология сердечно-сосудистой системы (52%) и желудочно-кишечного тракта (31%). У 13 женщин была патология эндокринной системы (20%), в том числе только у 4 диагностирован сахарный диабет 2 типа. Вместе с тем, нарушения жирового обмена имели 56 больных (81%). Выявленными ранее онкологическими заболеваниями, такими как рак яичников и рак молочной железы, болели 4 пациентки (3%). В 6 случаях имел место отягощенный по онкозаболеваниям наследственный анамнез. При анализе причин, заставивших женщину обратиться в больницу для обследования, установлено, что только 7 пациенток не имели жалоб, у них патологический процесс в эндометрии был выявлен при УЗИ (10%). Большинство женщин (68%) предъявляли жалобы на кровянистые выделения и кровотечения из половых путей. Серозные выделения явились причиной обращения 13 женщин (20%), боли в низу живота с иррадиацией в спину, копчик беспокоили 15 больных (22%). Нами отмечена существенная разница в длительности жалоб до момента обращения к врачу. Сразу после появления жалоб гинеколога посетили 44 женщины (63%). В 4 случаях давность появления жалоб превышала 3 года (5%). Врачом женской консультации в стационар были направлены 60 пациенток (87%), 9 человек были доставлены в больницу бригадой скорой медицинской помощи (13%). По результатам гистологического исследования аденокарцинома обнаружена в 85% случаев, плоскоклеточный рак – у 13%, компоненты солидного рака – у 2%. Все больные были консультированы в Гродненском областном онкологическом диспансере. Первично- множественный рак был выявлен у 3 больных (4%). После проведенного хирургического лечения у 25 из 52 больных была установлена 1 стадия рака эндометрия.

Вывод: Своевременная и ранняя диагностика рака эндометрия – это сложная проблема, включающая медицинскую, социальную, психологическую и экономическую составляющие. В 90% проанализированных случаев злокачественные новообразования эндометрия выявлены у женщин, обратившихся за медицинской помощью

с жалобами, обусловленными опухолями, и только у 10% патология эндометрия выявлена при УЗИ в отсутствие жалоб.

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Алексеев М.В., Семутенко В.О., Сенько В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ассист., к.м.н. Сенько В.И.

Анатомическим проявлением конституции служит соматический тип (соматотип), являющийся внешней, наиболее доступной исследованию, относительно устойчивой и генетически детерминированной подсистемой общей конституции; в целом соматотип отражает основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма и общей реактивности организма. Диагностика типа телосложения – важный этап работы при решении задач медицинской антропологии. Представление о типе телосложения человека как маркере, позволяющем судить об оптимальном для данного человека уровне физической нагрузки в производственной или спортивной деятельности, прогнозировать возможность развития и особенности протекания патологических процессов у конкретного человека уже сегодня достаточно прочно вошло в практику спортивных и медицинских антропологов.

Цель исследования – установить личностные характеристики у пациентов мужского пола, страдающих сахарным диабетом первого типа, в зависимости от типа телосложения.

Объект исследования: 203 мужчины в возрасте от 18 до 27 лет и от 28 до 37 лет. Задачи исследования: выявить особенности личностных характеристик пациентов мужского пола с сахарным диабетом первого типа (СД1) в зависимости от типа телосложения

Методы исследования: соматотипирование (по Черноруцкому); определение личностных характеристик; статистический анализ полученных результатов.

Результаты: мужчины с СД1 нормостенического типа телосложения достоверно менее спонтанно и реактивно агрессивны ($p < 0,05$) в сравнении со здоровыми. Мужчины с СД1 гиперстенического типа телосложения достоверно не отличаются от здоровых. Таким образом, у мужчин с СД1 установлена низкая степень реактивной агрессивности, открытости и высокая – спонтанной агрессивности в сравнении со здоровыми. С увеличением продолжительности заболевания у мужчин с СД1 снижается реактивная и спонтанная агрессивность.

Таким образом, личностные характеристики пациентов мужского пола с СД1 отличаются специфическими особенностями, которые зависят от типа телосложения.

Литература:

1. Горст, Н. А. Соматотип и характеристика основных морфологических свойств индивида / Н. А. Горст // Актуальные проблемы морфологии: сб. науч. тр. – Красноярск, 2004. – С. 83–85.

2. Жмурик, В.В Дерматоглифика у лиц в возрасте 21–35 лет, болеющих инсулинозависимым сахарным диабетом / В.В. Жмурик, И.Д. Кухар // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: материалы 2-й международной науч. конф.; под ред. П.К. Лысова. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2006. – С. 78–80.

3. Козлов, А. И. Общая конституция организма как система ассоциации частных конституциональных типов / А. И. Козлов // Актуальные вопросы медицинской и клинической антропологии. – Томск, 1991. – С. 35–41.

ОСОБЕННОСТИ КАТАБОЛИЗМА γ -АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Алешкевич А.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением ЦНИЛ, кафедра биохимии,
Научный руководитель – к.б.н., ведущий научный сотрудник Виноцкая А.Г.*

Известно, что при длительном поступлении в организм этанола в ЦНС наблюдаются изменения в концентрациях ГАМК, глутамата, дофамина и других нейромедиаторов, которые связывают с активацией в мозге центра награды, способствующего формированию постоянной тяги к употреблению этанола. γ -Аминomásляная кислота (ГАМК) является основным тормозным нейромедиатором головного мозга, и в большом количестве синтезируется в мозжечке, коре больших полушарий, стволе и других отделах головного мозга млекопитающих. По данным литературы, катаболизм ГАМК (ГАМК-шунт) сопряжен с циклом трикарбоновых кислот (ЦТК) через активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ), причем интенсивность ГАМК-шунта различается в структурах мозга в зависимости от концентрации в них ГАМК-ергических путей и функционального состояния организма.

Целью данного исследования явилось изучение состояния обмена ГАМК и активности ферментов ЦТК в коре больших полушарий и мозжечке мозга крыс при хронической алкогольной интоксикации.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах-самцах массой 180-200 г. Животные были разделены на три группы по восемь особей в каждой из них. При моделировании хронической алкогольной интоксикации крысам вводили внутривенно 25% раствор этилового спирта, в суточной дозе 3,5 г/кг, по 2 раза в сутки, в течение 14 суток (I группа) и 29 суток (II группа) с декапитацией животных через 1 час после последнего введения. В III (контрольной) группе крысам внутривенно вводили эквивалентные количества 0,9% раствора хлорида натрия в течение 14 и 29 суток. Через 1 час после последнего введения этанола и 0,9% раствора хлорида натрия крыс декапитировали, извлекали головной мозг, выделяли кору больших полушарий и мозжечок, которые замораживали в жидком азоте. В гомогенатах отделов мозга определяли активность СДГ, НАД⁺-зависимой изоцитратдегидрогеназы (НАД⁺-ИДГ), ГАМК-аминотрансферазы (ГАМК-Т), дегидрогеназы янтарного полуальдегида (ЯПА-ДГ). Достоверность различий между группами оценивали параметрическим методом с применением t критерия Стьюдента.

Во всех подопытных группах длительное введение алкоголя привело к статистически значимым сдвигам в активности изученных ферментов в отделах головного мозга. В коре больших полушарий введение этанола в течение 14 суток вызвало угнетение активности всех изученных ферментов ГАМК-шунта и дегидрогеназ ЦТК. Увеличение длительности введения этанола до 29 суток привело к угнетению активности ГАМК-Т, ЯПА-ДГ и СДГ. В то же время в мозжечке 14-дневная алкогольная интоксикация привела к повышению активности ЯПА-ДГ и СДГ на 25,7% и 27,8%, соответственно. В группе с длительностью алкоголизации 29 суток наблюдали достоверное повышение активности ГАМК-Т (на 27,3%), СДГ (на 36,5%), НАД⁺-ИДГ (на 26,1%).

Таким образом, в коре больших полушарий хроническая алкогольная интоксикация привела к одновременному угнетению катаболизма ГАМК и ферментов ЦТК, а в мозжечке – к активации изученных ферментов катаболизма ГАМК и ЦТК. Такие разнонаправленные сдвиги в активности ферментов ГАМК-шунта и ЦТК в изученных отделах мозга могут свидетельствовать о разной роли ГАМК-ергических нейронов в корковых структурах и мозжечке в развитии адаптации головного мозга к длительному введению этанола.

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ ТУРКМЕНСКИХ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГРОДНЕНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Амангелдиева Г., Сатимов Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – доц. Мишонкова Н.А.

Иностранные студенты обучаются в нашем университете с 1992 года. На сегодняшний день факультет иностранных учащихся объединяет более 250 представителей из более 20 стран. Студенты-иностранцы разные, они не похожи друг на друга, но часто их объединяют общие проблемы.

С целью выяснения основных проблем, с которыми сталкиваются иностранные студенты, обучающиеся в Республике Беларусь, влияние проблем на учебный процесс и быт, мы провели анкетирование. Анкета включала 26 вопросов, из которых 13 содержали варианты ответов.

В анкетировании приняли участие более 100 человек 1 – 3 курсов в возрасте 18-22 лет. Это были представители Туркменистана.

Результаты опроса:

«Основная причина отъезда на учёбу за границу?» – «Узнать новую страну;

- не смог поступить в вуз своей страны;
- недорогое обучение в РБ;
- желание родителей».

На вопрос «Как вы оцениваете свои успехи в средней школе?» большинство студентов (59%) ответили «хорошо», 30% – «отлично»; 11% – «удовлетворительно» и ни один не оценил своих успехов на «неудовлетворительно».

Подавляющее большинство иностранных студентов, обучающихся в городе Гродно, (95%) проживает в общежитиях, и лишь 5% живут на съёмных квартирах.

На вопрос «Удовлетворяют ли вас бытовые условия в общежитии?», 70% студентов ответили положительно и лишь 30% – отрицательно. Однако здесь необходимо отметить следующую особенность – большую часть студентов, ответивших «Да», составляют студенты из стран Азии, в то время как большинство студентов из Арабских стран и Европы на данный вопрос ответили «Нет».

«Принимали ли вы алкоголь до приезда в Беларусь?» и «Употребляете ли вы алкоголь сейчас?»:

- до приезда в РБ 35% студентов употребляли алкоголь, 65% – «нет». 30% студентов – употребляли алкоголь, а 70% – нет. Некоторые туркменские учащиеся отказались от приёма алкоголя, находясь в Беларуси, встав на путь здорового образа жизни.

«Курили ли вы до приезда в РБ?» и «Курите ли вы сейчас?»:

- факультет является слабокурящим (20% курит, 80% – нет), студенты, курящие у себя в странах, неизменно курят и здесь (те же 20% и 80%).

Последний вопрос: «Хотели бы вы остаться в Беларуси навсегда?». На этот вопрос 90% студентов ответили отрицательно, 10% – положительно. Но некоторые студенты связывают свою дальнейшую жизнь и карьеру с Гродно и Беларусью.

Выводы проведённого анкетирования:

1. Адаптация туркменских студентов – проходит достаточно легко и без осложнений;
2. Некоторые студенты тяжело переносят оторванность от родины и семьи;
3. Студентам легко привыкнуть к быту и инфраструктуре Гродно;
4. Абсолютно не прослеживается отрицательное влияние (за небольшим исключением) культуры, быта, традиций и менталитета жителей Беларуси на туркменских граждан.

Исследования по этой проблеме проводилось совместно с иностранными студентами. Эта работа является этапом исследовательской работы, которая может быть продолжена в дальнейшем.

МИОПИЯ У СТУДЕНТОВ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Амбрушкевич А.Ю., Стрижак Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научные руководители – к.м.н., доц. Ильина С.Н.; д.м.н., проф. Тищенко Е.М.

Современные социальные преобразования значительно повышают умственные, психические и физические нагрузки на студентов. Комплекс данных факторов в определенной степени сказывается на качестве и образе их жизни, ускоряя либо замедляя прогрессирование миопии. Именно поэтому близорукость – наиболее часто встречающийся вид клинической рефракции глаза среди молодежи, который может значительно снижать качество их жизни, существенно влияя на выбор профессии и мироощущение.

Мы решили изучить медико-социальную характеристику и качество жизни студентов 4-го курса УО «Гродненский государственный медицинский университет» с данным видом рефракции.

Задачей исследования было выявление учащихся, страдающих миопией, и изучение влияния данного вида рефракции на различные сферы их жизнедеятельности. Проанализировано 150 анонимных анкет, заполненных студентами 4-го курса лечебного, педиатрического и медико-психологического факультетов, страдающих миопией. Анкета включала 25 вопросов, которые характеризовали различные стороны жизнедеятельности: социальный статус, самооценку здоровья, образа и качества жизни, оценку психоэмоционального статуса и физической активности.

По результатам проведенного анкетирования выявлено, что такие факторы, как нарушение ритма сон-бодрствование, наличие вредных привычек и эмоциональной нестабильности, а также высокие психоэмоциональные нагрузки составляют потенциальный риск для здоровья и прогрессирования миопии.

Полученные результаты можно использовать для улучшения качества жизни лиц с близорукостью (агитация ведения здорового образа жизни, отказ от вредных привычек, адекватное распределение режима сон-бодрствование, эмоциональное благополучие, выполнение ежедневных специальных упражнений для глаз и т.д.), что может привести к замедлению прогрессирования миопии.

Литература:

1. Аветисов, Э. С. Близорукость / Э. С. Аветисов. -2-е изд. – Москва: Медицина, 1986. – 219 с.
2. Страхов, В. В. Почему нужна полная коррекция миопии в молодом возрасте / В.В. Страхов // Современная оптометрия. – 2008. – №4 – С.13–19.
3. Чупров, А.Д. Клинико-функциональные особенности течения синдрома сухого глаза, связанные с ношением мягких контактных линз / А.Д. Чупров, Ю.В. Кудрявцева, И.Н. Жуковская // Вестник офтальмологии. – 2010. – №3. – С.8-16.
4. Saw S. M. Myopia: attempts to arrest progression / S. M. Saw [et all]. // Br. J. Ophthalmol. – 2002. – Vol. 11, № 86. – P. 1306–1311.

СИСТЕМА ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПЕЧЕНИ КАК ФАКТОР ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ ЭТАНОЛА

Амбрушкевич А.Ю., Стрижак Е.А., Леванович О.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской биологии и общей генетики

Научный руководитель – к.б.н. Амбрушкевич Ю.Г.

Биохимические механизмы, ответственные за предрасположенность человека и животных к повреждающему печень действию этилового спирта до настоящего времени окончательно не выяснены. С использованием экспериментальной модели для выявления органных маркеров повышенной чувствительности к гепатотоксическому действию этанола, предпринята попытка выяснения роли процессов ПОЛ и

биотрансформации этанола в предрасположенности крыс к гепатотоксичности этилового спирта.

112 крысам-самцам провели операцию частичной гепатэктомии для составления индивидуального биохимического паспорта. Через 2 месяца 94 животным опытной группы начали интоксикацию этанолом (в желудок через зонд, 5 г/кг в виде 30% водного раствора, 1 раз в день, 57 дней). Животных контрольной группы (16 крыс) оперировали, как описано выше, а в послеоперационном периоде им вводили воду в том же объеме, как этанол опытным животным.

Для нахождения взаимосвязей между врожденной интенсивностью процессов ПОЛ, биотрансформации этанола в печени (до интоксикации этанолом), уровнем этанола и ацетальдегида в крови (через 1 час после введения первой дозы этанола), с одной стороны, и характером, степенью выраженности последующего алкогольного поражения печени, с другой, использовали методы корреляционного, пошагового многофакторного регрессионного, дисперсионного и канонического анализа [2].

Корреляционный анализ показал, что воспалительная инфильтрация печени коррелирует с исходно повышенным уровнем в печени малонового диальдегида (MDA). Деструкция и гибель гепатоцитов ассоциируется с исходно высоким уровнем MDA и активизированными аскорбат- и NADPH-зависимыми системами его образования. γ -Глутамилтрансфераза в плазме активизирована у крыс с исходно высоким уровнем в печени диеновых конъюгатов. Регрессионный анализ свидетельствует о том, что деструкция и гибель гепатоцитов наиболее выражена у крыс с исходно высоким уровнем в печени MDA и более интенсивным его образованием (аскорбат- и NADPH-зависимые реакции). Взаимосвязь этих показателей описывается уравнениями нелинейной множественной регрессии. Дисперсионный анализ подтвердил высокие информационные качества математических моделей. Канонический анализ показал, что в 72% случаев предрасположенность к алкогольному поражению печени обусловлена врожденными особенностями протекания изученных биохимических процессов в печени до интоксикации этанолом. В 28% случаев она обусловлена влиянием других факторов невыясненной природы.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о важной роли врожденной повышенной активности процессов ПОЛ в печени крыс (до воздействия этанолом) как фактора предрасположенности к последующему алкогольному поражению печени.

Литература:

1. Абакумов Г.З., Новицкий Г.К., Легонькова Л.Ф.// *Вопр. мед химии.* – 1988. – Вып.6. – С. 30-32
2. Афифи А., Эйзен С. *Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ.* – М.: Мир, 1982.
3. Бушма М.И., Зиматкин С.М., Амбрушкевич Ю.Г. и др. *Экспериментальный анализ факторов биологической предрасположенности к гепатотоксичности этанола.* // *Наркология.* – 2002, № 6. – С.12-15.

ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Амбрушкевич А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н. доц. Ильина С.Н.

Введение. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – хроническое воспалительное заболевание глазницы, нередко возникающее у пациентов с системным тиреоидным дисбалансом. Хроническое воспаление приводит к рубцеванию и дисфункции глазницы. Тяжесть и течение заболевания варьируются. Жалобы, с которыми впервые больные обращаются к врачу (такие как сухость глаз, слезотечение, покраснение, выпячивание глаз, косоглазие, двоение), присущи различным глазным заболеваниям, что препятствует раннему выявлению ЭОП. Один из факторов, затрудняющих пра-

вильную и вовремя проведенную диагностику – эутиреоидное состояние, встречающееся у 10-18,5 % пациентов [1,2].

Цель – заострить внимание практических врачей на проблеме ошибочной диагностики эндокринной офтальмопатии

Материалы и методы. Обследовано 5 пациентов, которым был выставлен диагноз эндокринная офтальмопатия. Из них – 3 женщины и 2 мужчин. Средний возраст пациентов составил – $46,4 \pm 2,5$ года. Всем пациентам был выполнен полный комплекс современных офтальмологических исследований с обязательным выполнением экзофтальмометрии и КТ-исследованием орбит. После уточнения диагноза выбиралась тактика консервативного и хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза установлено, что при первичном обращении к офтальмологу по месту жительства ни у одного из пациентов не был установлен диагноз эндокринной офтальмопатии. Среди ошибочных диагнозов встречались конъюнктивит, слезотечение в результате сужения слезоотводящих путей, отек век неясной этиологии, диплопия неясной этиологии, первичная глаукома, язва роговицы. Особые трудности для диагностики представляли случаи односторонней эндокринной офтальмопатии, которая, по данным литературы, встречается в 8% случаев.

На момент первого осмотра у всех пациентов наблюдалось эутиреоидное состояние и заключение эндокринолога: патологии со стороны щитовидной железы не выявлено. Однако данный факт не может служить основанием для отказа от предположения о наличии у пациентов ЭОП. В таких случаях важную диагностическую роль приобретает КТ-исследование орбит. Повторное направление пациентов на консультацию к эндокринологу с данными КТ-орбит позволило провести более тщательное обследование пациентов и выявить у них различные формы дисфункции щитовидной железы.

Выводы.

1. Поражение мягких тканей орбиты возможно не только на фоне гипертиреоза, но и при эутиреоидном состоянии.

2. Развитие глазных симптомов может опережать появление клинических проявлений заболевания щитовидной железы, и только тщательное обследование пациента, включающее инструментальное исследование и определение гормонов щитовидной железы, позволяет установить правильный диагноз.

3. Эндокринная офтальмопатия в результате разновременности поражения обеих орбит может проявляться односторонним экзофтальмом в течение какого-то периода времени.

4. При эутиреоидном состоянии и подозрении на ЭОП особую ценность приобретает КТ-орбит.

Литература:

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия // Москва 2004.– 174 с.
2. Гришина Е.Е., Мослехи Ш.Х. О причинах поздней диагностики эндокринной офтальмопатии // инт.

АМИНОТРАНСФЕРАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭТАНОЛА

Андрейчикова Ю.А., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.м.н. Курбат М.Н.

Введение. В настоящее время накоплен большой фактический материал по всестороннему изучению комплекса поведенческих, неврологических и биохимических нарушений, индуцированных алкоголем. Однако, несмотря на глобальность проблемы, современная медицина не обладает надежными методами диагностики, лечения и профилактики данной патологии. Они могут быть найдены только на ос-

нове всестороннего изучения этиопатогенетических механизмов заболевания.

Цель настоящего исследования – изучить активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в коре больших полушарий крыс, находящихся в состоянии хронической алкогольной интоксикации.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на белых беспородных крысах–самцах, с массой (в начале эксперимента) 200 ± 20 г. Хроническую алкогольную интоксикацию вызывали внутрижелудочным введением раствора этанола на протяжении 7, 14, 21 и 28 суток. Определение активности трансаминаз проводили с помощью набора реагентов НТК «Анализ-Х» Белгосуниверситета. Статистическая обработка осуществлялась методами непараметрической статистики с помощью пакета программ «Statistika».

Результаты эксперимента показали, что практически во всех экспериментальных группах активность ключевых ферментов трансаминирования аминокислот (АлАТ и АсАТ) отличается от таковых у интактных животных. Однако не было выявлено статистически достоверных отличий в опытных группах при применении непараметрического критерия Манна-Уитни. Степень выраженности изменений зависит от длительности поступления алкоголя в организм и функциональной региональности головного мозга.

Заключение. Таким образом, хроническая алкогольная интоксикация приводит к дестабилизации процессов трансаминирования в ЦНС, что может быть одной из причин нарушения метаболизма в головном мозге, так как изучаемые ферменты являются связующим звеном между углеводным, белковым, аминокислотным и энергетическим обменом.

Литература:

1. Островский, Ю.М. Аминокислоты в патогенезе, диагностике и лечении алкоголизма / Ю.М. Островский, С.Ю. Островский // Мн.: 1998. – 280с.
2. Чернобровкина, Т.В. Феноменология наркоманического гомеостаза: от энзимодиагностики к энзимотерапии/ Т.В. Чернобровкина // Наркология. – 2004. – №3. – С. 59–68.
3. Kurup, R.K. Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and addictive behavior / R.K. Kurup, P.A. Kurup // Int. J. Neurosc. – 2003. – Vol. 113. – №2. – P. 279–289.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛЬНЫХ РЕНТГЕНОГРАММ ГОЛОВЫ

Анин Э.Э., Гордей А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., доц. Анин Э.А.

Для облегчения поиска и сравнительных исследований рентгенограмм профиля головы человека была определена частота встречаемости выделяемых в рентгенологии и остеологии вариантов некоторых анатомических образований головы человека [1, 2, 3].

Было изучено 160 электрорентгенограмм головы людей европеоидной расы в возрасте от 18 до 30 лет (по 80 мужчин и женщин).

По высоте изображение черепа можно подразделить на высокие (гипсикранные), с показателем больше 75%; средневысокие (ортокранные), с показателем от 70 до 74,9%; низкие (хамеокранные), с показателем от 70 до 74,9%. Для получения показателя высоты величину высотного диаметра умножают на 100 и делят на величину продольного диаметра. Реже всего встречались низкие – у мужчин – 2/80, у женщин – 4/80, высокие по 24/80 и средневысокие, соответственно, 44/80 и 42/80 (2,3).

По пневматизации пазухи лобной можно подразделить на 4 степени; 1) хорошая; 2) умеренная; 3) слабая; 4) пневматизация полностью отсутствует. Хорошая пневматизация встречалась у мужчин – 28/80, у женщин – 26/80 и 26/80, соответст-

венно, отсутствовала 30/80 и 28/80.

В зависимости от соотношения между сагиттальным (профильным) и вертикальным размером турецкого седла различают: 1) плоское – преобладает продольный размер (частота встречаемости 34/80 и 50/80); 2) круглое – продольный размер равен вертикальному (частота 22/80 и 32/80); 3) глубокое – преобладает вертикальный размер 24/80 и 22/80 (2,3).

По высоте спинки турецкого седла, в сравнении с его бугорком, могут быть следующие варианты: 1) минус вариант – низкая спинка (22/80; 20/80); 2) нулевой вариант – средняя (14/40; 15/40); 3) плюс вариант – высокая (30/80 и 30/80).

Различают следующие виды прикуса: 1) прогнатия (т.е. перекрывания верхними резцами коронок нижних более чем на 1/3 величины коронки (54/80 и 62/80); 2) ортогнатия (перекрывания верхними резцами коронок нижних до 1/3 величины коронки (20/80 и 16/80); 3) ортогения или прямой прикус (верхний ряд передних зубов своим режущим краем касается режущего края нижних зубов (4/80; 2/80); 4) прогения – выступание вперед нижней челюсти (2/80 и 24/80) (2,3).

По выраженности наружного затылочного бугра: 1) хорошо выражен (28/80 и 22/80), 2) умеренно выражен (22/80 и 34/80), 3) не выражен (30/80 и 24/80).

Расчеты показывают, что вероятность встречи рентгенограмм, одинаковых по всем избранным нами признакам, с учетом разделения на мужские и женские, составляет около 1 на 18000, что вполне достаточно для использования указанных вариантов изображения избранных анатомических образований для сравнительных исследований и поиска профильных рентгенограмм.

Литература:

1. Буров С.А., Резников Б.Д. Рентгенология в судебной медицине – Саратов, 1975.- 288 с.
2. Гинзбург В.В. Элементы антропологии для медиков.- Л.: ГИМЛ, 1963.- 216 с.
3. Сперанский В.С., Зайченко В.И. Форма и конструкция черепа. – М.: Медицина, 1980.- 280 с.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ № 2 Г. ГРОДНО

Антонович О.А., Курута Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доц. Хильмончик Н.Е.

Среди медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь, особая роль принадлежит женским консультациям. Они выполняют весьма важные задачи по медицинскому наблюдению за состоянием здоровья женщин, а в необходимых случаях оказывают им медицинскую помощь.

Цель. Оценка состояния здоровья женщин разных возрастных групп, наблюдающихся в женской консультации №2 г.Гродно.

Методы. Выкопировка данных из амбулаторных карт пациенток

Нами была проведена выборка из 100 амбулаторных карт пациенток гинекологической нозологии различного возраста (от 1943 до 1990 гг. рождения) в результате которой получены следующие данные: средний возраст женщин, наблюдаемых в женской консультации (ЖК), составил 37 лет. Местом проживания женщин в основном является город – 76 %. Из всех исследуемых 45 % женщин имеют высшее образование, средне-специальное – 55%. Профессиональная сфера женщин выглядит следующим образом: служащие – 46%, по 17% приходится на рабочих и студенток, 13% составляют домохозяйки и 7% – женщины пенсионного возраста. Большинство респондентов состоят в браке – 59%. Средний возраст начала половой жизни исследуемых составил 18 лет. Первое начало менструации в среднем у пациенток отмечено в 14 лет. Возрастной диапазон от 11 до 19 лет.

По анализу амбулаторных карт у женщин фертильного возраста беременность закончилась только одними родами. У каждой забеременевшей женщины было по 1 аборт. Основными средствами контрацепции являются презервативы (изделие N2) – 41%, комбинированные оральные контрацептивы (КОК) предпочитают 22% женщин, 11% используют внутриматочную спираль (ВМС), 26% – другие средства защиты. Женщины 1943–1960 годов рождения отдают предпочтение другим средствам защиты. Исследуемые 1961–1966, 1967–1972, 1973–1978 гг. рождения чаще используют изделие N2 и КОК.

Среди общего числа респондентов наиболее распространенной экстрагенитальной патологией является патология сердечно-сосудистой системы (26%). Второе место занимает урологическая патология (21%), третье – патология желудочно-кишечного тракта (18%). Офтальмологическая патология встречается у 13% опрошенных женщин, оториноларингологическая и эндокринологическая патология по 8%, ревмопатология – 6%.

В структуре гинекологической заболеваемости преобладают доброкачественные образования (29,7%), на втором месте – эрозия шейки матки (28%), третье место занимают аднекситы и мастопатии (по 11%). 93% исследуемых женщин состоят на диспансерном учете по гинекологическим нозологиям.

Выводы. Таким образом, при анализе показателей, характеризующих здоровье женщин, установлено большое количество экстрагенитальной и гинекологической патологии, что диктует необходимость более качественного обслуживания на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, прегравидарной подготовки женщин, улучшения обслуживания женщин, своевременного выявления патологических изменений и их коррекции.

СРАВНИТЕЛЬНО-СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНГЛИЙСКИХ И РУССКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Апанасевич А.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – к. филол. н., доц. Гущина Л.Н.

В тезисах представлены результаты сравнительного семантического анализа существующей в английской и русской онкологической терминологической системе подсистемы терминов, обозначающих опухоли органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования. Проведение сравнительного семантического анализа подсистем русской и английской терминологии, обозначающей названия опухолей органов желудочно-кишечного тракта, для установления составляющих ее типов терминов в русском и английском языках и для решения таких практических задач, как упорядочение и стандартизация терминов, обозначающих опухоли.

Материалы исследования. Источником отбора этих терминов послужили три наиболее полных англоязычных медицинских словаря: Butterworth's medical dictionary (London, 1984); Dorland's illustrated medical dictionary (Philadelphia, 1974); Stedman's medical dictionary (Baltimore, 1982), а также трехтомный Энциклопедический словарь медицинских терминов (– М, 1984) и Международный классификатор болезней 10 (МКБ 10).

Методы. В данном исследовании использован метод сплошной выборки, семантико-логический метод, который базируется на принципе использования словарных толкований, метод упорядочения терминологии на основе ее инвентаризации (выделены и описаны термины) и анализа (рассмотрены семантические особенности терминов), сравнительно-сопоставительный метод.

Результаты. Было рассмотрено свыше 1300 онкотерминов и отобрано 125 терминов, обозначающих опухоли ЖКТ в русском языке и 87 – в английском. Структурный анализ онкотерминов в предыдущем исследовании выявил, что опор-

ным элементом для образования этих терминов является терминологический элемент «-ома», поскольку он соотносится с понятием «опухоль», являющимся ключевым в данной области. Семантический анализ терминов, обозначающих опухоли желудочно-кишечного тракта, представленных в трех англоязычных терминологических словарях, русскоязычном трехтомном Энциклопедическом словаре медицинских терминов и МКБ 10 показал, что термины с суффиксом «-ома» имеют две семантические модели, характерные как для русского, так и для английского языка:

Термины, названия которых образованы от названий клеток и тканей, из которых развивается опухоль: *hepatoma* – гепатома (опухоль клеток печени), *lymphoma* – лимфома (опухоль лимфоидной ткани), *nephroma* – нефрома (опухоль нервной ткани).

Название терминов отражает их свойства (цвет, твердость, форму, структуру). Например: *scirrhoma* – скirrрома (твердая опухоль), *chlogoma* – хлорома (зеленая опухоль), *cylindroma* – цилиндрома (опухоль, имеющая форму цилиндра).

Первая модель является более продуктивной и наиболее оптимальной.

Выводы. Изучение структуры и семантики терминов в русском и английском языках показывает, что можно выделить опорные и определяющие элементы. Опорный элемент выражает родовое понятие, а определяющий – видовые характеристики.

Таким образом, данное исследование дает возможность сделать вывод о том, что, несмотря на некоторые особенности в структуре онкотерминов, в семантике термины, обозначающие опухоли желудочно-кишечного тракта, в русской и английской подсистеме терминов имеют почти полное сходство.

КАТЕГОРИЯ РОДА ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ В НЕМЕЦКОМ ПОДЪЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ

Апанасевич Е.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Пожарицкая Г.П.

Объектом исследования является категория рода педиатрических терминов в немецком подъязыке медицины.

Цель исследования – выяснение преобладания той или иной категории рода педиатрических терминов в немецком подъязыке медицины. Интерес к этой проблеме связан с определением места педиатрических терминов с учётом категории рода.

Сбор материала для осуществления данного исследования проводился методом сплошной выборки из немецко-русского медицинского словаря А.Ю. Болотина, из немецко-русского медицинского словаря-разговорника В.И. Петрова, из периодических медицинских изданий.

Категория рода служит для выделения объекта из ряда подобных, индивидуализируя и идентифицируя данный объект. Основную массу составляют термины женского рода. Одной из основных черт является семантическая спонтанность компонентов, позволяющая им выступать в качестве единой семантически не расчлennённой единицы языка, выражающей единое понятие предметности. При этом семантическая структура педиатрических терминов различна. Исходные формы многих из них устанавливаются по латинским медицинским терминам.

Педиатрические термины обладают высокой степенью семантической целостности на современном этапе развития языка. Недостаточное знакомство с конкретными условиями их возникновения приводит к тому, что значение педиатрических терминов понимается неоднозначно. Изучение категории рода педиатрических терминов вытекает из потребности их более глубокого понимания.

Результаты. В результате исследования можно сделать следующие выводы. Категории рода отражают в своей семантике длительный процесс развития немецкого подъязыка медицины. Практика показала, что педиатрические термины – это важ-

ный источник информации, от умелого пользования которым зависит глубина проникновения в сокровищницу изучаемого языка.

В результате анализа было выявлено, что наиболее многочисленными, с точки зрения категории рода, являются термины-интернационализмы, т.е. кальки, восходящие к латинскому языку.

Таким образом, педиатрические термины представляют собой постоянно изменяющуюся форму, которая подвержена этим изменениям в силу своего общественного предназначения. Глобализация нашего мира влияет на унификацию языковых явлений в современном немецком языке. Всё это говорит о том, что унификационные процессы охватывают всё больше и больше некоторые сферы строя немецкого языка и способствуют их универсализации.

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА: ЭТИОЛОГИЯ, ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ, ИСХОДЫ

Апанасенко А.В., Федорук А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гаврилик Б.Л.

Непроходимость кишечника давно считается одним из наиболее грозных патологических состояний среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Это обусловлено особенностями клинического течения данной патологии, создающего нередко сложные в диагностике и тактическом плане ситуации, исходами заболевания. По материалам IV Всероссийского съезда хирургов летальность при острой непроходимости кишечника, представляемая разными авторами, колеблется от 4 до 25% (1). Учитывая, что частота кишечной непроходимости среди острой абдоминальной патологии составляет 3,5 – 9%, цифра умерших от илеуса является значимой.

Нами проведён ретроспективный анализ 51 истории болезни больных острой кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2008 – 2009 гг. Все больные оперированы.

Мужчин было 25 (49,1%), женщин – 26 (50,9%). Среди них городских жителей было 37 (72,5%), сельских – 14 (27,5%) человек. В возрасте от 21 до 40 лет находилось на лечении 5 (9,8%) пациентов; от 41 до 60 лет – 16 (31,4%); от 61 года и старше – 30 (58,8%) пациентов. У всех оперированных больных имела место механическая непроходимость кишечника. Обтурационная непроходимость кишечника наблюдалась у 22 (43,1%) пациентов, странгуляционная непроходимость кишечника – у 8 (15,7%), спаечная кишечная непроходимость отмечалась у 21 (41,2%) больного. Причиной обтурационной непроходимости кишечника в 20 случаях явился рак ободочной кишки и в 2 случаях – рак прямой кишки. Причиной странгуляционной непроходимости кишечника в 3 случаях явился заворот сигмовидной кишки, в 4 случаях – заворот тонкой кишки и в 1 случае – ущемление эвентрированных петель тонкого кишечника в параколомическом отверстии.

При поступлении в экстренном порядке больным проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое обследование. Особое место отводило исследованию пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту. По показаниям выполняли ультразвуковое и компьютерное исследование органов брюшной полости. Диагностическая лапароскопия не выполнялась.

У 14 (27,5%) пациентов выполнен висцеролиз брюшной полости в связи со спаечной кишечной непроходимостью, закончившийся у 1 пациента наложением сигмостомы, у 3 – резекцией участка тонкой кишки с наложением тонкокишечного анастомоза. У 6 (11,7%) больных наложен обходной илеотрансверзоанастомоз по поводу неоперабельной опухоли правого фланга ободочной кишки. 14 (27,5%) больным выполнена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Операция Гартмана выполнена 9 (17,7%) пациентам. В связи с заворотом

сигмы 3 (5,9%) больным произведена деторсия с мезосигмопликацией, 4 (7,8%) пациентам деторсия тонкой кишки. 1 (1,9%) пациент оперирован по поводу ущемления петли тонкой кишки в параколическом отверстии. Ущемление ликвидировано, кишка оказалась жизнеспособной.

Умерло 3 (5,9%) больных. У всех больных был распространенный гнойный перитонит, развившийся у двух пациентов на почве перфорации рака ободочной кишки и у одного больного в связи с гангреной сигмовидной кишки, вследствие ее заворота.

Таким образом, своевременно проведенная диагностика и правильно выбранная тактика при непроходимости кишечника позволяет улучшить непосредственные результаты лечения.

Литература:

1. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. – М.: Медицина, 1989г. – 288с.

ЗНАЧЕНИЕ ФУНКЦИЙ ТРОМБОЦИТОВ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Артюх Т.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга
Научный руководитель – д.м.н., доц. Шейбак В.М.*

Тромбоциты являются главными участниками гемостаза: осуществляют первичный гемостаз (адгезия и агрегация тромбоцитов), выделяют вазоконстрикторы (уменьшение кровотока в пораженном участке), участвуют во вторичном гемостазе (активация каскадов свертывания крови), обеспечивают питание эндотелия кровеносных сосудов. Одновременно тромбоциты являются депо серотонина и занимают важное место в регуляции гомеостаза этого биогенного амина в организме.

Вызываемая стрессом активация тромбоцитов запускает процессы вазоконстрикции и тромбообразования, обеспечивая физиологическую защиту от возможной кровопотери. Разрушение тромбоцитов приводит к выходу в кровь остеопонтина, хемерина, протеаза-активируемого рецептора, тромбоцитарных факторов, Р-селектина, серотонина и CD154 (CD40L), что доказывает наличие связи между гемостазом и приобретенным иммунитетом. Очевидно, что терапевтические воздействия на систему гемостаза позволяют модулировать и активность иммунного ответа (Z.Qu, E.L.Chaikof, 2010).

Активация гемостаза обеспечивает локальное ограничение воспалительного процесса, что позволяет запускать процессы презентации антигена, изменяющие в дальнейшем многие характеристики адаптивного иммунного ответа (M.Balija и др. 2010).

Относительно недавно установлено, что тромбоциты содержат факторы роста. Это белки (полипептидные молекулы) сходные по воздействию на ткани с гормонами, но действующие локально. Тромбоциты первыми оказываются в месте повреждения. Попадая в рану, они освобождают из себя в раневые ткани факторы роста, которые вызывают реваскуляризацию, синтез коллагена и регенерацию кости. К важнейшим факторам роста относятся: PDGF, TGF- β , VEGF, IGF-1, EGF. В 1 тромбоците содержится около 1200 молекул PDGF. Следовательно, увеличение концентрации тромбоцитов ведет к более интенсивному влиянию их на восстановление тканей (К.Ф.Изватизаде, А.А.Шутов, 2007).

Помимо факторов роста, в гранулах тромбоцитов содержатся такие биогенные амины, как серотонин и гистамин. Уровень серотонина в тромбоцитах зависит от транспорта серотонина через плазматическую мембрану. При этом активность транспорта определяется полем и временем года. Считают, что регуляция активности транспорта серотонина в тромбоциты является ключевым механизмом стабилизации концентрации серотонина в плазме крови (C.P. Mercado, F.Kilic, 2010).

Известно, что депо (около 99%) серотонина всего организма (0.03-0.15мкг/мл)

содержится в тромбоцитах, остальной находится в нейронах. Общность регуляторных процессов в организме и наличие нейроэндокринноиммунных взаимосвязей подчеркивается колебаниями уровня серотонина в тромбоцитах у больных с поражениями мозга. В этих ситуациях концентрация серотонина является предиктором развития ментальных нарушений. Изменения уровня серотонина в плазме обнаружены при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях (В.Е.Голимбет, 2010).

Так как процессы накопления, хранения и метаболизма серотонина в тромбоцитах сходны с таковыми в нейронах, предполагается, что регуляция психической деятельности (шизофрения, паркинсонизм, большая депрессия), полового поведения, аппетита напрямую связаны с содержанием серотонина в тромбоцитах. Выброс серотонина из тромбоцитов в плазму может служить лабораторным методом мониторинга приступа мигрени.

Защитная функция тромбоцитов дополняется их способностью образовывать псевдоподии и фагоцитировать инородные тела, вирусы, иммунные комплексы, цитотоксическим эффектом при инфицировании паразитами. Тромбоциты входят в число показателей, определяемых при острой фазе воспаления (M.Qinn, 2005).

Литература:

1. Изватизаде, К.Ф., Шутов, А.А./Уральский медицинский журнал. – 2007 №1 ст.3-7.
2. Qinn, M. /Platelet Function/Fitzqeral, D., Cox, D.,//Humana Pr. In. – 2005 – P.5,151.
3. Clin Chim Acta. 2011 Jan 30;412(3-4):299-304. Epub 2010 Nov 3. Serotonin level and serotonin uptake in human platelets: a variable interrelation under marked physiological influences.
4. Balijs M, Bordukalo-Niksic T, Mokrovic G, Banovic M, Cicin-Sain L, Jernej B.
5. Curr Opin Immunol. 2010 Oct;22(5):634-42. Epub 2010 Oct 11. Interface between hemostasis and adaptive immunity.
6. Qu Z, Chaikof EL.

БОТУЛОТОКСИН: ВРЕД ИЛИ ПОЛЬЗА

Асадчик Т.А., Полубинская О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель — ассист. Есис Е.Л.

Ботулотоксин (ботулинический токсин, токсин ботулизма) – нейротоксин белковой природы, вырабатываемый бактериями *Clostridium botulinum*. Сильнейший яд из известных науке органических токсинов. Попадание ботулотоксина в организм вызывает тяжёлое токсическое поражение – ботулизм.

Вырабатываемый бактериями при размножении экзотоксин попадает в организм вместе с пищей, всасываясь в желудочно-кишечном тракте и воздействуя при этом на нервную систему, вызывает нарушения в работе черепно-мозговых нервов, скелетной мускулатуры, нервных центров сердца. Для ботулизма характерны глазная симптоматика (туман, мушки перед глазами, мидриаз и анизокория зрачков, косоглазие), позднее присоединяются бульбарные симптомы (нарушение речи и глотания, маскообразное лицо). Смерть наступает от гипоксии, вызванной нарушением обменных процессов кислорода, асфиксией дыхательных путей, параличом дыхательной мускулатуры и сердечной мышцы.

Несмотря на опасность ботулотоксина, учёные установили, что очищенный и сильно разбавленный токсин можно, хотя и с большой осторожностью, использовать в медицинских целях для расслабления спазмов мышц. В современной практике препараты на основе ботулотоксина используются для лечения гиперактивности поперечно-полосатой мускулатуры и мышц сфинктеров, гиперфункции экзокринных желёз, различных болевых синдромов спастического характера. Первым коммерческим препаратом, содержащим ботулинический токсин, был ботокс. В 2002 году на-

чалось применение препарата (Botox Cosmetic) в косметических целях – для устранения мимических морщин на лбу и вокруг глаз.

Цель нашего исследования: оценить информированность студентов по вопросам токсического действия ботулотоксина и возможностям применения его в медицинской и косметологической практике.

При выполнении работы было проведено анкетирование 110 студентов второго и третьего курсов лечебного, педиатрического и медико-диагностического факультетов, из которых 80% – девушки и 20% – юноши.

На вопрос: «Знаете ли Вы, что такое ботулотоксин?», 100% опрошенных ответили – да. Все юноши и 72% девушек о токсине узнали на занятиях в университете, 4% девушек знали о ботулотоксине со школы, 4% получили информацию в СМИ, 4% узнали из Интернета. Об использовании этого вещества в медицинских целях знают 83,3% юношей и 80% девушек, не имеют представления 16,7% юношей и 8% девушек, 12% девушек затрудняются ответить. На вопрос: «Известно ли Вам, что ботулотоксин используют в косметологии?», 50% опрошенных юношей и 64% девушек ответили – да, 50% юношей и 28% девушек – нет, 8% девушек затрудняются ответить. На вопрос: «Стали бы Вы использовать ботулотоксин в косметических целях?», положительно ответили 20% девушек и 16,7% юношей, 72% девушек и 83,3% юношей отнеслись отрицательно к данному вопросу, 8% девушек затрудняются ответить. На вопрос: «Хотели бы Вы узнать подробнее о ботулотоксине и его применении?», да – ответили 50% юношей и 92% девушек, нет – 33,3% юношей и 4% девушек, очень интересно – 16,7% юношей и 4% девушек.

Таким образом, несмотря на то, что все студенты знают о ботулотоксине и большая часть имеют представление об использовании этого вещества в медицине и косметологии, интерес студентов к данному вопросу всё же велик.

Литература:

1. В.Н. Александров, В.И. Емельянов. Токсины как химическое оружие // Отравляющие вещества / ред. Г.А Сокольский. – 2-е изд. – М.: Воениздат, 1990. – 272с.
2. М. В. Супотницкий Токсины патогенных бактерий // Микроорганизмы, токсины и эпидемии. – М.: 2000. – 376 с.

ВЛИЯНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ НА СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК 19-СУТОЧНЫХ ПЛОДОВ

Асимович Л.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Научный руководитель – к.б.н., доц. Михальчук Е.Ч.*

Установлено, что экспериментально вызванный в период фетогенеза холестаз задерживает физическое развитие родившегося потомства в ранние сроки постнатального периода, снижает резистентность и нарушает морфофункциональное становление его органов [1]. Неуклонный рост заболеваний печени, особенно желчно-каменной болезни, в период беременности ставит перед необходимостью подходить к этой проблеме как в научном, так и в практическом отношении [2].

Учитывая вышеизложенное, нами была поставлена цель: изучить в эксперименте особенности становления структурных свойств почек 19-суточных плодов, развивающихся в условиях холестаза, экспериментально вызванного у самок крыс в период активного фетогенеза (17-е сутки беременности).

Для исследования было взято 16 плодов от 11 самок. Опытную группу составили 8 плодов, полученных от самок, которым на 17-е сутки беременности моделировали подпеченочный обтурационный холестаз. Плоды, взятые у самок, которым в те же сроки беременности производилась лишь лапаротомия, служили контролем. На 19-е сутки беременности после эвтаназии самок плоды извлекали, взвешивали и брали для исследования брюшной отдел туловища. Взятый материал фиксировали в жидкости Карнуа, заключали в парафин с последующим изготовлением серийных

срезов, толщиной 5 мкм, и окрашивали гематоксилином и эозином.

Применив в комплексе соматометрический, гистологический, морфометрический и статистический методы исследования, установлено, что плоды, взятые от самок с обтурационным холестазом, были заметно меньших размеров, отличались выраженной желтизной и меньшей абсолютной массой тела ($1,09 \pm 0,085$ г при $1,48 \pm 0,004$ г в контроле, $p < 0,001$).

В почках опытных 19-суточных плодов, в отличие от таковых в контроле отмечалось достоверное снижение показателей ширины коркового вещества ($76,64 \pm 3,49$ мкм при $99,59 \pm 2,59$ мкм в контрольной группе). Количество сформированных и формирующихся почечных телец было значительно меньше. Последние располагались на границе коркового и мозгового вещества и отличались полиморфизмом. Морфометрические показатели диаметра почечных телец и сосудистых клубочков были ниже контрольных значений ($p < 0,001$). Субкапсулярная зона представлена конгломератами клеток почечных канальцев. Канальцевый отдел нефронов также менее развит. Наиболее дифференцированы эпителиоциты тех канальцев, что расположены вблизи сформированных почечных телец. Тем не менее они имеют низкопризматическую форму и слегка оксифильную цитоплазму. Иногда в апикальных отделах клеток обнаруживалась щеточная каемка. Высота эпителиоцитов проксимальных канальцев и диаметр их ядер снижены ($p < 0,001$). Мозговое вещество, представленное мезенхимой, еще не сформировано.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о значительной роли обтурационного холестаза матери в возникновении гипотрофических изменений структур почечной паренхимы плодов.

Литература:

1. Михальчук, Е.Ч. Влияние обтурационного холестаза матери, вызванного в период фетогенеза, на течение беременности, плодовитость, физическое развитие потомства и его жизнеспособность / Е.Ч. Михальчук, Я.Р. Мацюк // Журнал ГрГМУ.-2007.- №2.- С.29-31.

2. Петухов, В.А. Желчекаменная болезнь и беременность: причинно-следственные взаимосвязи / В.А. Петухов, М.Р.Кузнецов и др. // Анналы хирургии.- 1998.- № 2. – С.14- 20.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ “КОШАЧЬЕЙ ЦАРАПИНЫ” У ДЕТЕЙ

Бабей М.М., Игнатович Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Шейбак В.М.

Болезнь “кошачьей царапины” – острая инфекция, передающаяся от кошек и характеризующаяся первичным аффектом, регионарным лимфаденитом, лихорадкой. Сам человек источником инфекции не является. Данное заболевание остается актуальным и на сегодняшний день, вопросы ранней обращаемости и диагностики остаются дискуссионными. Целью данной работы было проанализировать истории болезни больных с болезнью “кошачьей царапины”, лечившихся в ГОДКБ, выявить особенности клинического течения, оценить способы диагностики, методы и результаты лечения. Были проанализированы стационарные карты 17 пациентов, находившихся на лечении в 2001-2010 годы (10 мальчиков – 59% и 7 девочек – 41%). У всех больных при поступлении были жалобы на: наличие образования и его болезненность в области пораженного лимфатического узла, повышение температуры до фебрильных цифр – 5 человек (29%), субфебрильных – 7 (41%), нормотермия – 5 (29%). В общем анализе крови были выявлены лейкоцитоз с нейтрофилезом у 4 пациентов (24%), моноцитоз – 1 (6%), лимфоцитоз – 6 (35%), эозинофилия – 5 (29%), повышение СОЭ – 11 (65%), у 3 (17%) в пределах возрастной нормы. Трем больным (17%) было сделано УЗИ внутренних органов и почек; УЗИ подмышечной области –

6 (35%), при этом у всех были выявлены признаки лимфаденита. 16 пациентов (94%) лечились антибиотиками: монотерапия – 10 (59%), из них аминогликозиды – 3 (17%), пенициллины – 4 (24%), цефалоспорины – 2 (12%), макролиды – 1 (6%); комбинированная антибактериальная терапия проводилась у 4 (24%), причем использовалось сочетание пенициллинов и аминогликозидов; последовательно назначались антибиотики 2 (12%), в одном случае пенициллин менялся на аминогликозид, в другом – аминогликозид на пенициллин. Кроме антибактериальной терапии проводилось ФТЛ – 13 пациентов (77%); использовались препараты для профилактики дисбактериоза – 4 (24%), антигистаминные препараты – 2 (12%), витамины – 2 (12%). Хирургическое лечение использовалось у 6 больных (35%); при вскрытии пораженного лимфатического узла у 5 (29%) было гнойное содержимое, у 1 (6%) – геморрагическое. При посеве гнойного содержимого лимфатического узла у 3 (17%) был высеян *S. aureus*, чувствительный к гентамицину, устойчивый к оксациллину, ванкомицину, цефатоксиму, доксициклину, эритромицину, линкомицину, рифампицину, стрептомицину; у 1 (6%) при исследовании содержимого лимфатического узла был обнаружен *St. Epidermidis*. Средняя продолжительность госпитализации – 8,8 дней, причем у 4 пациентов (24%) срок лечения составил более 10 дней (59%). В 100% случаев данного заболевания наблюдалось выздоровление. В результате проведенной работы можно сделать следующие выводы: преимущественно болеют городские дети старшего школьного возраста; пик встречаемости приходится на зиму, летом заболеваемости не выявлено; характерна поздняя обращаемость за медицинской помощью, в связи с чем происходит поздняя госпитализация – позднее 24 часов; в лечении наиболее часто применялась монотерапия, среди антибиотиков чаще использовались пенициллины и аминогликозиды; у 1/3 детей проводилось оперативное лечение; характерен благоприятный исход заболевания.

Литература:

1. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Под ред. Савельева В.С., Кириенко А.И.; Т1, Москва, 2010г.
2. Современная медицинская энциклопедия, Санкт-Петербург, 2001г.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Баковец Л.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ассист. Гаджиева Ф.Г.

Изучение топографо-анатомической характеристики артерий верхних и нижних конечностей человека позволяет, во-первых, выяснить механизмы морфогенеза, во-вторых, установить закономерности анатомической изменчивости сосудистой системы конечностей.

В ангиологии единичны фундаментальные работы о вариантной анатомии артериальных сосудов верхних и нижних конечностей. В отечественной и зарубежной литературе имеются лишь отдельные сообщения о некоторых аспектах этой проблемы.

Основой изучения возрастных изменений различных функциональных систем организма, в том числе и артериальной, является анализ их приспособительных возможностей. Именно это определяет надежность, запас прочности функциональной системы, характер её реакции в различных жизненных ситуациях.

Системная оценка вариабельности ветвления основных магистральных сосудов конечностей человека (на примере подмышечной и бедренной артерий) является актуальной и имеет как теоретическую, так и практическую значимость.

Нами были проанализированы характер и тип ветвления подмышечной и бедренной артерии на 16 препаратах верхних и нижних конечностей трупов новорожденных обоего пола из коллекции кафедры анатомии человека УО «ГрГМУ».

В большинстве случаев наблюдался классический тип ветвления сосудов. Однако, были выявлены редкие варианты распределения сосудов в подмышечной и подколенной ямках.

Полученные сведения о вариантах анатомии магистральных артерий верхних и нижних конечностей человека, могут быть приняты во внимание при разработке тактики оперативных вмешательств на конечностях. Морфометрические данные магистральных артерий рук и ног человека и их корреляционные взаимоотношения могут быть использованы для изучения строения артериального русла конечностей и других областей тела человека в различных возрастных группах. Это, в свою очередь, может являться дополнением к ангиографическому методу исследования артерий конечностей.

Литература:

1. Бисярина, В.П. Артериальные сосуды и возраст / В.П. Бисярина, В.М. Яковлев, П.Я. Кукса. – М.: Медицина, 1986. – 224 с.
2. Исаков, Ю.Ф. Врожденные пороки перефериических сосудов у детей / Ю.Ф. Исаков, Ю.А. Тихонов. – М.: Медицина, 1974. – 231 с.
3. A Rare Entrapment of medial root of median nerve between axillary artery and its anomalous branch / P. Vijaya [et al.] // The Internet Journal of Neurology. – 2006. – Vol. 5, № 2. – P. 3.
4. Romanes, G.J. Cunningham's Manual of Practical Anatomy: in 2 v. / G.I. Romanes. – 15th ed. – Oxford University press, 2003. – V.1

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСКОБОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Балицкая Е.В., Теличко Т.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – д. м. н., проф. Басинский В.А.

С точки зрения демографической безопасности, особое место занимает невынашивание беременности. Несмотря на значительные успехи акушерско-гинекологической службы, частота невынашивания беременности остается стабильной и достигает 25% от числа родов (данные ВОЗ). Наибольшее значение имеет невынашивание беременности ранних сроков. Но, в то же время, в 25–66% случаев причину самопроизвольных абортос установить не удастся [2]. Перспективным направлением для определения этиологии раннего невынашивания беременности представляется патоморфологическое исследование эндометрия.

Целью настоящего исследования стала морфологическая характеристика соскобов эндометрия при невынашивании беременности первого триместра с оценкой изменений, происходящих в слизистой матки.

Материалом для исследования стали 50 случаев потери беременности, выявленных у женщин г. Гродно в 2005 г. в возрасте от 16 до 41 года. Средний возраст пациенток составил 27 лет. Из 50 женщин 28 (56 %) входили в возрастную группу 21–30 лет, 14 (28%) были старше 30 лет, 8 (16%) – моложе 20 лет. Соскобы эндометрия исследовались макроскопически, гистологические срезы изготавливались по общепринятой методике и окрашивались гематоксилином и эозином. При исследовании гистологических микропрепаратов обращали внимание на строение эндометрия, железы, децидуализацию и патологические изменения в децидуальной оболочке (лейкоцитарная инфильтрация, некроз, кровоизлияния).

Результаты. При морфологическом анализе эндометрия при невынашивании беременности ранних сроков установили, что в соскобе преобладает децидуальная ткань – в 40 случаях (80%). Патологические процессы, обнаруженные в децидуальной ткани, распределились следующим образом: очаги некроза были выявлены в 29 соскобах (72,5%), при этом в 10 из них (25%) отмечено преобладание некротических

масс над децидуальной тканью; расстройство кровообращения – в 30 случаях (75%), в 18 из них (45%) наблюдались обширные кровоизлияния; лейкоцитарная инфильтрация – в 24 соскобах (60%). Также почти у половины женщин (48%) в соскобах были обнаружены фрагменты гравидарно измененного эндометрия с гиперсекрецией маточных желез (повышенная извитость и расширенный просвет желез, содержание большого количества секрета), а в 29 случаях (58%) в эндометрии отмечена большая извитость спиральных артерий с утолщением их стенок. Кроме того, в 24 случаях (48%) в соскобах были обнаружены ворсины хориона, в которых отмечены следующие морфологические изменения: склероз и облитерация сосудов ворсин, отек и фиброзные изменения стромы.

Заключение. Таким образом, невынашивание беременности ранних сроков чаще развивается у женщин в возрасте 21–30 лет. При этом морфологические изменения в эндометрии заключаются в преобладании децидуальной ткани с наличием в большинстве случаев очагов некроза и кровоизлияний, а также с лейкоцитарной инфильтрацией различной степени выраженности. Учитывая, что схожие изменения в децидуальной ткани могут наблюдаться во время ее формирования и не являются патологическими [1], для уточнения генеза невынашивания беременности необходимо более детальное изучение стромально-сосудистых изменений эндометрия с использованием иммуногистохимических методов исследования.

Литература:

1. Кондриков, Н.И. Патология матки /Кондриков Н.И.–М.:Практическая медицина, 2008.–334 с.
2. Торчинов, А.М. Диагностика и лечение невынашивания беременности / Торчинов А.М., Цахилова С.Г., Параскевова С.А.//Аспирант и соискатель.– 2007, № 3.– С. 106–110.– Рус.– ISSN 1608-9014.– RU.

СОДЕРЖАНИЕ МЕЛАТОНИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Баранович Е.Г., Демещик И.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Довнар И.С.

Патогенез острого панкреатита представляет собой сложный, до конца не изученный многофакторный процесс. Принципиально новый подход к выяснению механизмов патогенеза заболевания острого панкреатита – детальное изучение закономерностей функционирования универсальной диффузной нейроэндокринной системы (ДНЭС). Особое внимание исследователей сосредоточено на одном из гормонов ДНЭС – мелатонине (1). Обладая широким спектром биологической активности, мелатонин играет ключевую роль в контроле биологических ритмов, оказывает существенное влияние на нервную, эндокринную и иммунную системы, а также на весь организм. Мы не встретили литературных данных, касающихся изучения содержания мелатонина в сыворотке крови при остром панкреатите.

Задачей настоящего исследования было изучение концентрации мелатонина в крови у лиц с острым панкреатитом с целью улучшения диагностики и прогнозирования прогрессирования острого панкреатита.

Нами обследованы 26 пациентов с острым интерстициальным панкреатитом, находившихся на лечении в I хирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно». Возраст больных составил от 20 до 87 лет.

Контрольной группой служили 11 практически здоровых лиц.

Учитывая суточный ритм продукции мелатонина, определяли его содержание в дневное (с 10.00 до 15.00) и в ночное (с 7.00 до 8.00) время как у больных острым панкреатитом, так и у лиц контрольной группы.

Было изучено содержание мелатонина в сыворотке крови у больных острым панкреатитом при поступлении в стационар, через 20 часов лечения, через 36 часов и на 4–6 сутки проводимого лечения. Соответственно времени суток было выделены 2

контрольные группы практически здоровых лиц.

На основании проведенных исследований отмечено достоверное повышение более чем в 2,5 раза среднего значения содержания мелатонина у больных острым панкреатитом при поступлении по сравнению с контрольной группой ($p < 0,02$). Через 20 и через 36 часов лечения сохранялось достоверное увеличение концентрации мелатонина в сыворотке крови у пациентов с острым панкреатитом. На 4–6 сутки лечения у больных острым интерстициальным панкреатитом, как правило, исчезают основные симптомы болезни и воспалительный процесс неуклонно регрессирует. Проведенные исследования показали, что содержание мелатонина в это время у больных острым панкреатитом практически не отличается от показателей контрольной группы (табл.1).

Таблица 1. – Среднее значение содержания мелатонина (нмоль/л) у больных острым панкреатитом и в контрольных группах.

При поступлении	Контрольная группа	Группа наблюдения (время исследования)			Контрольная группа
		Через 20 ч	Через 36 ч	На 4-6 сутки	
0,031±0,006*	0,012±0,004	0,036±0,006*	0,043±0,007*	0,026±0,003	0,026±0,005

Примечание: * – достоверность различий с контрольными группами ($p < 0,05$).

Таким образом, проведенное обследование показало, что в первые 2-е суток развития острого панкреатита имеется повышенное содержание мелатонина в сыворотке крови больных. Следовательно, содержание мелатонина можно использовать как диагностический тест острого панкреатита и как прогностический фактор развития заболевания.

Литература:

1. Aust S., Jager W., Kirschner H., Klimpfinger M., Thalhammer T. Pancreatic stellate/myofibroblast cells express G-protein-coupled melatonin receptor 1 // Wien Med Wochenschr.- 2008 Oct.-V.158.-N.19-20.-P.575–578.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА-АНТАГОНИСТА «ЭНТЕРОЖЕРМИНА» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОБСТРУКТИВНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ

Баранович Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – к.м.н., асс. Харченко О.Ф.

Цель: Обоснование необходимости коррективной фармакотерапии рецидивирующих обструктивных бронхитов, протекающих на фоне пищевой аллергии, у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 66 детей в возрасте от 1 до 4 лет, страдающих рецидивирующим обструктивным бронхитом, который протекал на фоне пищевой аллергии (к белкам коровьего молока).

Все дети получали традиционную терапию: антибиотики (пенициллины, цефалоспорины), адrenomиметики ингаляционно, теофиллины, H1-гистаминоблокаторы, противокашлевые лекарственные средства. 47 детям наряду с базисной терапией был назначен самоэлиминирующийся пробиотик антагонистического действия «Энтерожермина» в возрастной дозе в течение всего курса антибактериальной терапии (опытная группа). Остальные 18 детей составили контрольную группу.

Всем детям выполнено рутинное общеклиническое обследование (общие анализы крови, мочи, копрограмма, определение общего иммуноглобулина E), а также рассчитаны коэффициенты реактивно-защитного потенциала организма, такие как:

Индекс клеточно-фагоцитарной защиты (КФЗ): абс. кол-во лимфоцитов $\times 10$ / абс. кол-во гранулоцитов

Индекс аллергической настроенности организма (АНО): абс. кол-во эозинофилов / абс. кол-во базофилов + нейтрофилов

Лимфоцитарно-моноцитарный коэффициент (ЛМК): абс. кол-во лимфоцитов / абс. кол-во моноцитов

Результаты. Клинические признаки улучшения состояния детей опытной группы появились на 2-4 дня раньше, чем в контрольной группе.

Диарея у детей опытной группы зарегистрирована в 6,4% случаев, у детей контрольной группы – в 27% случаев ($p < 0,05$).

Частота обнаружения нейтрального жира и жирных кислот в копрограмме у детей опытной группы после окончания курса лечения была ниже в сравнении с контрольной группой в 1,5 и 2,3 раза соответственно ($p < 0,05$).

Уровень общего Ig E в опытной группе имел тенденцию к снижению, в контрольной группе увеличился на 23 %.

У детей опытной группы выявлено достоверное снижение АНО, ЛМК ($p < 0,05$)

Таким образом, результаты клинических наблюдений, верифицированные положительными сдвигами в копрограмме, гемограмме, отражающей состояние иммунобиологической резистентности и аллергической настроенности организма, позволяют рекомендовать пробиотик «Энтерожермина» в качестве сопровождающей терапии бронхообструктивного синдрома у детей раннего возраста.

Литература:

1. Харченко, О.Ф. Антибактериальная терапия у детей: проблемы остаются: материалы XII конференции педиатров России «Фармакотерапия и диетология в педиатрии». – Ставрополь, 2010. – С. 104-105.

ВЛИЯНИЕ ДРЕВНЕГРЕЧЕСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИЙСКУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ТЕРМИНОЛОГИЮ (НА ПРИМЕРЕ ТЕРМИНОВ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ)

Барташевич Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Головач Т.Н.

Современная английская медицинская терминология – результат многовекового развития, как и британского, так и мирового врачевания и медицинской науки. Английская медицинская терминология включает в себя значительную долю общих по происхождению и по значению медицинских терминов. Это объясняется тем, что и по сей день огромное влияние на формирование медицинской терминологии европейских языков оказывают классические языки – древнегреческий и латинский. Кроме того, они являются интернациональными источниками для пополнения базы терминов. Огромное множество медицинских терминов на сегодняшний день несут на себе печать греко-латинского происхождения. Греко-латинские интернационализмы проникают в национальные языки, в том числе и в английский, и, модифицируясь в соответствии с их фонетико-морфологическими особенностями, становятся незаменимыми.

Целью исследования является изучение особенностей словообразования и функционирования английских медицинских терминов, имеющих греческое происхождение на примере терминов детской хирургии. Для реализации поставленной цели представилось необходимым решить ряд теоретических и практических задач: рассмотрение некоторых теоретических положений, касающихся общей характеристики медицинской терминологии древнегреческого происхождения; рассмотрение словообразовательной специфики и выявление наиболее распространенных способов образования английских медицинских терминов. Для проведения исследования использовались следующие методы: сравнительно-сопоставительный метод, метод историко-этимологического анализа, метод статистической обработки материала.

В ходе выполнения научной работы было проанализировано порядка 350 словосочетаний и отдельных терминов из области детской хирургии.

Выводы. В результате проведенного исследования получены следующие выводы:

1. В терминологии детской хирургии около 51% терминов имеют греческое происхождение; в эту группу входят названия патологий, синдромов, различных воспалительных процессов, методов лечения и хирургических вмешательств.

2. Анализ словообразовательной специфики показывает, что самым продуктивным способом образования медицинских терминов является словосложение – 90 терминов; далее следует суффиксация – 34 термина.

3. Наиболее распространенными греческими суффиксами являются – у, – itis, – ic, (46, 33, 26 терминов соответственно); из приставок наиболее встречаемыми являются следующие: a(an)- (11 терминов), hyper- (8 терминов), dys-7 (терминов).

4. Наибольшей распространенностью характеризуются клинические термины, состоящие из 2 терминоэлементов (101 термин).

5. Из словосочетаний, состоящих из греческих клинических терминов, наибольшей распространенностью являются словосочетания, состоящие из 2 слов – 47 случаев.

6. Английская медицинская терминология, как и терминология других европейских языков, формировалась под воздействием классических языков – древнегреческого и латинского. Следует отметить, что терминологической базой для всех клинических терминов являются слова греческого происхождения. Терминология детской хирургии, как составляющая всей медицинской терминологии, развивалась и развивается в схожем направлении, используя для своего развития терминоэлементы греко-латинского происхождения, которые легко ассимилируются в английском языке.

КОНФЛИКТ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Барцевич М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – преподаватель Романовский А.В.

Тот факт, что в современных условиях научного прогресса большое количество молодых людей не может справиться с потоком информации, которой им приходится воспринимать приводит к дефициту общения, замкнутости и неспособности к социальной ориентированности в обществе. Таким образом, попадая в другую среду, многие молодые люди не могут адаптироваться. Так возникает как межличностный, так и внутри личностный конфликт, которые нередко приводят к радикальным поступкам и решениям. Для того чтобы избежать таких последствий, необходимо, чтобы молодые люди могли легко социально адаптироваться в новых условиях жизни.

Цель исследования: определить влияние конфликтных взаимоотношений на формирование социальной дезадаптации. В соответствии с целью исследования, были разработаны следующие задачи:

1. Осуществить теоретический анализ проблемы конфликтного взаимодействия и социальной дезадаптации;

2. Определить влияние конфликтного взаимодействия на формирование социальной дезадаптации;

3. Разработать методические рекомендации по работе с социальной дезадаптацией студентов.

В ходе исследования был осуществлен теоретический анализ влияния конфликтного взаимодействия на формирование социальной дезадаптации. В когнитивной традиции существует следующее определение конфликта: конфликт (лат. conflictus – столкновение) – это столкновение противоположно направленных целей,

интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия.

Социальная адаптация – (англ. social adaptation) – интегративный показатель состояния человека, отражающий его возможности выполнять определенные биосоциальные функции: адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма; адекватная система отношений и общения с окружающими; способность к труду, обучению, к организации досуга и отдыха; способность к самообслуживанию и взаимобслуживанию в семье и коллективе, изменчивость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Социально-психологическая адаптация выступает и как средство защиты личности, с помощью которого ослабляются и устраняются внутреннее психическое напряжение, беспокойство, дестабилизационные состояния, возникающие у человека с другими людьми, обществом в целом. Проработка конфликтов среди студенческих коллективов с учетом влияния каждого молодого человека на группу и группы на каждого сказываются на оздоровлении психологического климата в целом, улучшения производственных показателей и чувстве удовлетворения от собственной учебной деятельности.

Таким образом, системная психологическая работа со студентами над целями образования, мотивацией, адаптационными возможностями и психическими процессами, значимыми для качественного обучения, оказывается важной для предотвращения личностной дезадаптации в процессе обучения и развития.

Литература:

1. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб., Питер, 2001.
2. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. – СПб., Питер, 2000.
3. Дмитриев А. В., Кудрявцев В. Н., Кудрявцев С. В. Введение в общую теорию конфликтов. – М.: АСТ, 1993.
4. Рубин Д., Пруйт Д., Ким С.Х. Социальный конфликт. – СПб.: Питер, 2001.

АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Бахонько Л.С., Бобова А.А., Коваленко О.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – к.м.н., доц. Янковская Н.И.

Внутриутробная пневмония (ВУП) является одной из наиболее частых форм внутриутробной инфекции (ВУИ). Ее частота колеблется от 11% до 38% [1].

Целью нашего исследования явилось выявление возможных факторов риска формирования ВУП.

Под наблюдением находилось 180 новорожденных. Основную группу составили 120 детей с ВУП. Группа сравнения представлена 60 новорожденными без ВУП.

Соматический анамнез был отягощен в обеих группах (86,8% и 81,6% соответственно). В структуре заболеваний в основной группе превалировала почечная (21% и 15,6%) патология, а в группе сравнения заболевания желудочно-кишечного тракта (15% и 25,3% соответственно).

Женщины основной группы достоверно чаще (53%), чем в группе сравнения (23,3%) болели острой респираторной инфекцией (ОРИ), причем в 70% случаев в третьем триместре беременности. 11% беременных из основной группы неоднократно перенесли Herpes labialis, чего не отмечено в группе сравнения. Необходимо отметить высокую частоту (44%) инфекций мочеполового тракта (хронический аднексит, пиелонефрит, эрозия шейки матки, кольпит) в основной группе женщин в отличие от группы сравнения – единичные случаи.

При бактериологическом посеве материала из цервикального канала и микроскопии мазка достоверных различий не выявлено. Кандидоз диагностирован в 10,1%

и 10,8%, бактериальный вагиноз – в 7,5% и 6% случаев в сравниваемых группах соответственно.

Косвенные маркеры ВУИ при УЗИ плода диагностированы накануне родоразрешения у женщин основной группы достоверно ($p < 0,05$) чаще, чем в группе сравнения. Так многоводие отмечалось в 17,8% и 1,6% случаев соответственно. Случаи маловодия (2,8%) и плацентита (8,1%) были выявлены только у беременных основной группы.

Чуть больше половины беременных основной группы были родоразрешены абдоминальным путем – 55,3%, в группе сравнения такие роды составили 20,5% ($p < 0,05$). Экстренных операций в основной группе было в 3,5 раза больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). При самостоятельных родах родовое излитие околоплодных вод отмечено больше чем у половины женщин (66% и 53,3% соответственно) в обеих группах. Однако, длительный безводный период зарегистрирован достоверно чаще в основной группе – 38,6% напротив 13,1% – в группе сравнения ($p < 0,05$). Аномалии родовой деятельности встречались одинаково часто (15,1% и 16,7%, соответственно).

Срочные роды достоверно реже наблюдались в основной группе (45,3% и 85%), тогда как преждевременные – достоверно чаще, чем в группе сравнения: 54,7% и 6,7% соответственно ($p < 0,05$). Запоздалые роды были отмечены лишь у 5 (8,3%) детей в группе сравнения.

В основной группе новорожденных было достоверно больше ($p < 0,05$) детей маловесных к сроку гестации по сравнению с группой сравнения (3,5% и 6,7%, соответственно).

Таким образом: к перинатальным факторам риска ВУП можно отнести: ОРИ, особенно перенесенную в третьем триместре беременности, а также острые и хронические воспалительные заболевания мочеполовой системы; мало и многоводие; длительный безводный период; дети маловесные к сроку гестации; асфиксия при рождении.

Литература:

1. Орехов, К.В. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных / К.В. Орехов. – Москва, 2002. – 156 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА «ЛИЗОРЕТИК»

Башкевич Е.А., Колоскова Е.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель – к.м.н., доц., Караулько И.В.

Артериальная гипертензия (АГ) является широко распространенным заболеванием среди взрослого населения РБ, приводящим к ряду сердечно-сосудистых осложнений (ССО) – инфаркту миокарда (ИМ), мозговому инсульту (МИ), которые занимают первое место в структуре смертности и первичной инвалидизации взрослого населения.

Данные современной доказательной медицины свидетельствуют о том, что главным условием успешного влияния на исходы АГ является достижение «целевых уровней» АД (140/90 мм.рт.ст.) [1]. Достижение «целевых уровней» с помощью монотерапии возможно лишь у 30-50% больных, поэтому в настоящее время рекомендовано использование комбинации двух антигипертензивных препаратов (АГП) с разными механизмами действия в место монотерапии уже для начального лечения АГ, что позволяет достичь «целевого» АД у большинства больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности фиксированного комбинированного препарата «Лизоретик» (10/20 мг лизинаприла + 12,5 мг гидрохлортиазида) в амбулаторных условиях для достижения «целе-

вого уровня» АД и эффективного контроля за его поддержанием.

Материалы и методы исследования. Нами исследовано 47 больных, страдающих АГ II и III ст. в возрасте 42-73 лет, 12 мужчин и 35 женщин. АГ II ст. диагностировано у 25 больных, АГ III ст. – у 22 больных. Всем больным исходно проводилось общеклиническое обследование, у 10 больных проведен суточный монитор АД, остальные больные вели профиль АД и ЧСС в домашних условиях. Эффективность лечения оценивалась по результатам офисного измерения АД. У 15 больных АГ III ст. исходно и через 8 месяцев приема «Лизоретика» производилось доплер-ЭХО-КГ. Больным назначался «Лизоретик» в дозе 10+12,5 мг. Контрольное клиническое обследование проводилось через 2-4-8 недель, а затем через полгода.

Результаты и их обсуждение. У больных АГ II ст. удалось добиться «целевого» АД уже через 2 недели приема препарата ($p < 0,001$). Такие же хорошие результаты сохранились и через 8 недель наблюдения.

В группе больных с АГ III ст. удалось достичь статистически достоверного «целевого уровня» АД только через 4 недели приема препарата, причем через 2 недели 19 больным пришлось увеличить дозу препарата до 20+12,5 мг.

Через полгода все больные были вновь приглашены для обследования. Оказалось, что только 25 больных продолжили прием «Лизоретика» и АД держалось на «целевом уровне». При доплер-ЭХО-КГ исследовании у 15 из этих больных были получены положительные гемодинамические показатели: увеличение фракции выброса, улучшение систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), а также уменьшение признаков гипертрофии ЛЖ.

Выводы: таким образом, комбинированный препарат «Лизоретик» может быть использован в амбулаторной терапевтической практике с целью эффективности контроля АД, а также достижения значимых кардиодинамических эффектов.

Литература:

1. Кабалова, Ж.Д. Эффективные стратегии контроля артериального давления в реальной клинической практике. /Ж.Д. Кабалова, Е.К. Шаварова// Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. Терапия.-Украина.-2009.-Том 3.-№2.-С.1-7.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бегер Т.А., Шепелевич А.М., Алексеевич В.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – ассист. Бегер Т.А.

Проблема сосудистых и, в первую очередь, ишемических заболеваний головного мозга остается приоритетной для медицины в связи с чрезвычайно широкой распространенностью и продолжающимся ростом заболеваемости, а также высокими показателями инвалидизации и смертности [1,2]. Среди различных видов острых нарушений мозгового кровообращения ведущее место занимает ишемический инсульт. Частота его составляет 80%, остальные 20% приходятся на геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние и кровоизлияние в вещество мозга [2]. Немало важную роль в патогенезе ишемических повреждений головного мозга играет нарушение системы гемостаза [3].

Цель работы. Изучение состояния системы гемостаза при субтотальной тридцатиминутной ишемии головного мозга.

Методы. Эксперименты были выполнены на 12 белых беспородных крысах-самцах. Первую группу животных составили контрольные крысы ($n=6$), вторую – крысы с субтотальной тридцатиминутной ишемией головного мозга ($n=6$). ИГМ моделировали путем перевязки двух общих сонных артерий на 30 минут. Далее катетеризировали общую сонную артерию и забирали кровь. Состояние тромбоцитарного звена первичного гемостаза изучали по агрегации тромбоцитов на агрегометре Solar,

а вторичного гемостаза – с помощью тромбоэластографии. Для сравнения величин использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 8.0.

Результаты и выводы. При изучении состояния тромбоцитарного звена первичного гемостаза было отмечено, что степень агрегации тромбоцитов при субтотальной 30-минутной ишемии головного мозга увеличивается почти в 2,6 раза, по сравнению с контрольной группой, $p < 0,018$. Скорость агрегации увеличивается в 3 раза по сравнению с контрольной группой, $p < 0,028$. При исследовании вторичного гемостаза отмечено уменьшение времени реакции (R) на 4,5% по сравнению с контрольной группой, $p < 0,028$, время образования сгустка (K) уменьшилось по сравнению с контрольной группой на 12,2%, $p < 0,037$, константа тотального свертывания крови (T) уменьшилась на 13,2% по сравнению с контрольной группой, $p < 0,025$. Полученные данные свидетельствуют об активации проагрегантных и прокоагулянтных свойств крови.

Литература:

1. Харченко, В.И. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Необходимость усиления кардиологической службы и модернизации медицинской статистики в Российской Федерации / В.И. Харченко [и др.] // Российский кардиологический журнал – 2005. – № 2. – С. 5–18.
2. Durukan, A. Acute ischemic stroke: Overview of major experimental rodent models, pathophysiology, and therapy of focal cerebral ischemia / A. Durukan., T. Tatlisumak // Pharm, Biochem and Behav. – 2007. – Vol. 87. – P. 179–197.
3. Нечипуренко, Н.И. Основные патофизиологические механизмы ишемии головного мозга / Н.И. Нечипуренко, И.Д. Пашковская, Ю.И. Мусиенко // Медицинские новости – 2008. – № 1. – С. 7–13.

ВЛИЯНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА САМОК НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПАРАМЕТРЫ АЦИНУСОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЛОДОВ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ПРЕНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Беленинова А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Можейко Л.А.

Анализ клинических наблюдений показал, что холестаз нередко осложняет течение беременности [1, 2, 3]. Повреждающее действие неблагоприятных факторов на эмбриогенез, как правило, наиболее отчетливо проявляется в поздние сроки пренатального развития. Влияние холестаза, развивающегося во время беременности, на строение поджелудочной железы не изучено.

Цель настоящего исследования – изучить воздействие экспериментального обтурационного подпеченочного холестаза матери на строение и морфометрические показатели ацинусов поджелудочной железы плодов.

Исследования проведены на 16 плодах 19-суточного возраста, полученных от 11 самок белых крыс. Из них 8 плодов, полученных от самок, у которых на 17 сутки беременности моделировали холестаз путем перевязки (с последующей перерезкой) общего желчного протока, составили опытную группу. И 8 плодов, взятых от самок, которым производилась только лапаротомия, служили контролем. На 19-е сутки беременности после эвтаназии самок плоды извлекали, взвешивали и брали для исследования брюшной отдел туловища. Материал, фиксированный в жидкости Карнуа, заключали в парафин и изготавливали серийные срезы толщиной 5 мкм. Для изучения структуры и количественных параметров срезы окрашивались гематоксилин-эозином и железистым гематоксилином. С помощью системы компьютерного анализатора изображения Bioscan NT-2,0 (It Lab, Беларусь) при увеличении микроскопа (Carl Zeiss Jena, Германия) в 400 раз определяли следующие морфометрические по-

казатели: диаметр ацинусов, высоту эпителиальных клеток, диаметр и объем ядер. Кроме того, подсчитывался митотический индекс экзокринных эпителиоцитов. Полученные цифровые данные обрабатывали статистическими методами с помощью компьютерной программы Statistica 6,0 для Windows (Stat. soft. inc., США).

Результаты исследования показали, что в поджелудочной железе 19-суточных плодов уже можно выделить 3 части: двенадцатиперстную, желудочно-печеночную и селезеночную. Экзокринная паренхима представлена формирующимися ацинусами диаметром $24,04 \pm 0,23$ мкм, стенка которых выстлана призматическим эпителием высотой $11,0 \pm 0,9$ мкм. Митотический индекс эпителиоцитов – 17,1%. Цитоплазма клеток гомогенна, окрашивается оксифильно, функциональные зоны не выделяются. Диаметр ядер – $5,8 \pm 0,04$ мкм, их объем – $102,11 \pm 0,41$ мкм³.

У опытных 19-суточных плодов диаметр ацинусов уменьшается до $20,49 \pm 0,15$ мкм (на 14%), высота экзокринных панкреатоцитов до $8,15 \pm 0,17$ мкм (на 26%), диаметр ядра до $4,98 \pm 0,02$ (на 14%), объем ядра до $64,6 \pm 0,20$ мкм³ (на 35%). Митотический индекс падает до 7,52% (более чем в 2 раза). Полученные данные свидетельствуют о задержке морфогенеза поджелудочной железы у опытных плодов.

Литература:

1. Ключарева, А.В. Внутривнутрипеченочный холестаз беременных / А.В. Ключарева, Л.В. Вавилова // *Здравоохранение*. – 2007. – № 3. – С. 72-73.
2. Кузьмин, В.Н. Состояние проблемы желтухи и холестаза у беременных в современном акушерстве / В.Н. Кузьмин // *Гинекология*. – 2009. – Т. 11, № 6. – С. 8-12.
3. Шехтман, М.М. Экстрагенитальная патология и беременность / М.М. Шехтман. – Л.: Медицина, 1987. – С. 90-109.

ОТРАВЛЕНИЯ ОКИСЬЮ УГЛЕРОДА

Белоголовкина В.Ю., Мосийчук С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс судебной медицины

Научный руководитель – ассист. Корончик А.С.

Значительную трудность при проведении судебно-медицинских экспертиз и постановке судебно-медицинского диагноза составляют случаи сочетанного отравления окисью углерода и этиловым спиртом, сочетанного воздействия окиси углерода и факторов внешней среды (термическое воздействие), оказания пострадавшему медицинской помощи

Объектами исследования явились судебно-экспертные, судебно-гистологические и судебно-химические заключения за 2004–2005 гг. Были выявлены 49 смертельных случаев отравления окисью углерода из 2064 случаев смерти людей, экспертизы трупов которых проводились в морге Управления по Гродненской области Государственной службы медицинских судебных экспертиз. В процессе исследования изучены распределение и частота встречаемости отравлений в зависимости от возраста, пола, места, состояния и степени алкогольного опьянения, изменения со стороны внутренних органов. По данным наших исследований, концентрация НbСО в крови до 30% у 10 % умерших; концентрация НbСО в крови 30–40% смертность составляет 4%; при 40–60% – 22%; при 60–70% – 29%; при более 70% – 35%. При анализе данных по возрастным группам наибольшее количество случаев приходится на молодой и трудоспособный возраст (20–45 лет). В возрастной группе до 20 лет – 2 %, в возрастной группе от 20 до 45 лет – 51%, в возрастной группе после 45 лет – 40 и у 8% умерших возраст не установлен. При оценке отравлений СО, как причины летального исхода, отмечается следующая корреляция по годам: 2004 г. — 17 случаев, 2005 г. — 32 случая; по степени алкогольного отравления следующая корреляция: легкая степень алкогольного опьянения – 7 случаев, средняя степень алкогольного опьянения – 8, тяжелая степень алкогольного опьянения – 13, отравление этиловым спиртом – 11, в 10 случаях алкоголь не обнаружен. При оценке данных по

полу отмечается резкое преобладание лиц мужского пола над лицами женского пола, что составляет 39 случаев (80%) и 10 случаев (20%), соответственно. По нашим данным, за 2004 – 2005 гг. было выявлено два случая смерти в медицинском учреждении от отравления окисью углерода, концентрация карбоксигемоглобина была 40–50%.

Значительную трудность при постановке судебно-медицинского диагноза составляют случаи: 1) сочетанного отравления окисью углерода и этиловым спиртом – содержание смертельных доз этанола и карбоксигемоглобина в крови трупа одновременно; 2) оказание пострадавшему медицинской помощи при отравлении окисью углерода с последующей его гибелью. 3) сочетанное воздействие окиси углерода и факторов внешней среды – термическое воздействие на ткани (термические ожоги).

Литература:

1. Бабаханян Р.В. Судебно-медицинская оценка смертельных отравлений окисью углерода / Р.В. Бабаханян // Суд.-мед. экспертиза отравлений. – Л., С.62-65.

2. Бабаханян Р.В. К вопросу судебно-медицинской экспертизы отравлений оксидом углерода / Р.В. Бабаханян // Medicina Segalis Baltica. –1992. – № 1-2. – С. 37-39.

3. Зайцев А.П. Исаев Ю.С. К вопросу о методике объективной оценки степени интоксикации угарным газом /А.П. Зайцев, Ю.С. Исаев //Актуальные вопросы суд. медицины и эксперт. практики. – Новосибирск, 2000. – Вып. 5. – С. 35-36.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ НАНОТЕХНОЛОГИЙ И ПЕРСПЕКТИВ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Белоголовый П.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – Хильманович В.Н.

Нанотехнология – без сомнения самое передовое и многообещающее направление развития науки и техники на сегодняшний день. Поэтому цель данного исследования – проследить историю развития нанотехнологий, а также выяснить перспективы их применения в медицине.

Мы выделили следующие основные этапы в развитии нанотехнологии:

1959 г. – лауреат Нобелевской премии Ричард Фейнман заявляет, что в будущем, научившись манипулировать отдельными атомами, человечество сможет синтезировать все, что угодно.

1981 г. – создание Биннигом и Рорером сканирующего туннельного микроскопа – прибора, позволяющего осуществлять воздействие на вещество на атомарном уровне.

1982 – 85 гг. – достижение атомарного разрешения.

1986 г. – создание атомно-силового микроскопа, позволяющего, в отличие от туннельного микроскопа, осуществлять взаимодействие с любыми материалами, а не только с проводящими.

1990 г. – манипуляции единичными атомами.

1994 г. – начало применения нанотехнологических методов в промышленности.

Однако принято считать, что нанотехнология "началась", когда 70 лет назад Г.А. Гамов впервые получил решения уравнения Шредингера, описывающие возможность преодоления частицей энергетического барьера даже в случае, когда энергия частицы меньше высоты барьера. Новое явление, называемое туннелированием, позволило объяснить многие экспериментально наблюдавшиеся процессы.

Самый яркий и простой пример использования нанотехнологии в медицине – обыкновенный мыльный раствор, обладающий моющим и дезинфицирующим действием. В нем образуются наночастицы, мицеллы. Мыло – чудо нанотехнологии, уже бывшее таковым, когда никто и не подозревал о существовании наночастиц.

Однако этот наноматериал не является главным для развития современных нанотехнологий в здравоохранении. Другим древнейшим применением нанотехнологий в косметологии оказался тот факт, что красящие вещества, использовавшиеся аборигенами Австралии для нанесения ярких боевых раскрасок, а также краска для волос древнегреческих красавиц содержали наночастицы, обеспечивающие длительный и стойкий окрашивающий эффект.

Уже сегодня речь идет о создании молекулярных роботов-врачей, которые "жили" бы внутри человеческого организма, устраняя или предотвращая все возникающие повреждения, включая генетические. Рассматривается возможность внедрения наноэлементов в живой организм на уровне атомов. Последствия могут быть самыми различными – от "восстановления" вымерших видов до создания новых типов живых существ, биороботов. Наномедицина сегодня развивается в двух принципиально разных направлениях, условно именуемых «сухой нанотехнологией» в механической традиции и «мокрой нанотехнологией» в биологической традиции. Таким образом, обзор истории развития и перспективы применения нанотехнологий ставит ряд важных вопросов, требующих обсуждения.

Литература:

1. Фейнман, Р. Внизу полным-полно места / Р. Фейнман // Российский химический журнал. – 2002. – Т. XLVI, №5. – С. 46.
2. Gamov, G. Zur Quantentheorie des Atomkernes / On Quantum Theory of Atomic Nuclei / G. Gamov // Zs. Phys. – 1928. – Bd. 51. – S. 204–212.

УРОВЕНЬ СИТУАТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА ГРГМУ

Белогривый А.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – мгр. Кевляк-Домбровская Л.Э.

В настоящее время активно ведутся изучения тревожности, агрессивности и других личностных качеств, оказывающих влияние на поведение индивида. Цель данного исследования – определить уровень ситуативной и личностной тревожности студентов-медиков. Задачи исследования: а) провести теоретический анализ феномена ситуативной и личностной тревожности; б) определить уровень тревожности у студентов-медиков 1 курса лечебного факультета перед зимней экзаменационной сессией; в) определить повторно уровень тревожности после экзаменов и каникул; г) выявить различия в полученных результатах.

В исследовании использована шкала самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилберга – Ю.Л. Ханина. Тест является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент – реактивной тревожности как состояния, и личностной тревожности – устойчивой характеристики человека.

Результаты исследования уровня тревожности в 14 произвольно выбранных студенческих группах 1 курса показали низкий уровень реактивной тревожности перед сессией всего лишь у 2,7% анкетированных, средний уровень – у 21,7% и высокий – у 75,6% опрошенных студентов. Уровень личностной тревожности перед экзаменационными испытаниями был низким у 5,3% участников опроса, средним – у 39,8%, высоким – у 54,9% опрошенных студентов. После сессии уровень реактивной тревожности низкий у 10,4% опрошенных студентов, средний – у 54,2%, высокий – у 35,4% анкетированных студентов. Личностная тревожность находилась на низком уровне у 4,9% опрошенных студентов, на среднем – у 44,8% и на высоком – у 50,3% участников исследований.

Несомненно, первая экзаменационная сессия является мощным фактором, провоцирующим ситуационную тревожность. Это доказал большой процент (75,6) студентов с высоким уровнем реактивной тревожности. Наличие определенного уровня тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности.

Тревожность играет положительную роль, способствуя концентрации энергии на достижении желаемой цели, мобилизации резервов организма и личности для преодоления возможных трудностей.

Но и после сессии у 35,4% анкетированных студентов уровень реактивной тревожности остается высоким. Учеба в ВУЗе, жизнь вне дома и многие другие факторы поддерживают уровень тревожности на высоких цифрах. Повышенная ситуативная тревожность снижает уровень и концентрацию внимания, отрицательно сказывается на результативности деятельности, имеет дезадаптивный характер.

Независимо от внешних обстоятельств, у половины анкетированных студентов уровень личностной тревожности находится на высоком уровне. Одной из возможных причин этого может являться стиль жизни студентов-медиков. Согласно исследованиям [2], для высоко тревожных индивидов более характерен стиль жизни, при котором личность ставит себе высокие цели, способ достижения которых – напряженная борьба. Для низко тревожных личностей цель – сам процесс жизни, без каких-либо достижений.

Однако важно учитывать, что высокий уровень личностной тревожности создаёт угрозу психическому здоровью личности, способствует развитию невротических состояний, а так же отрицательно влияет на результаты деятельности.

Литература:

1. Бороздина Л.В., Залученова Е.А. Увеличение индекса тревожности при расхождении уровней самооценки и притязаний // Вопросы психологии, 1993, № 1, с. 104-113.
2. Смирнов Ю. Стиль жизни и личностная тревожность // Учитель, 2007, №7, с.81-82.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

Белофост Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., асс. Колешко С.В.

На рубеже XX-XXI веков ожирение приобрело характер неинфекционной эпидемии (по определению Всемирной организации здравоохранения) и выходит на первое место среди социальных причин смертности населения, которые можно было бы предотвратить. Ожирение, помимо того, что повышает уровень смертности, еще и прибавляет к человеческому организму целый ряд «левых» болезней, каждое из которых само по себе очень часто заканчивается для пациента летальным исходом. В первую очередь, это сахарный диабет, остеоартроз, дислипидемия, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, недостаточность щитовидной железы, а также различные онкологические заболевания, которые также возникают из-за лишнего веса.

Целью нашего исследования является обзор современных хирургических методов лечения ожирения.

Аналитический обзор основных отечественных и зарубежных публикаций по указанной проблеме позволяет заключить, что все многообразие предлагаемых бариатрических операций по механизму действия можно разделить на три основные группы. Первую группу составляют шунтирующие операции на тонкой кишке, направленные на уменьшение площади абсорбционной поверхности (еюноилеошунтирование (ЕИШ), дуоденоилеошунтирование (ДИШ) и другие). Во вторую группу входят рестриктивные операции на желудке, которые основаны на уменьшении объема желудка и достижении раннего насыщения во время приема пищи (различные виды гастропластики (ГП), бандажирование желудка (БЖ)); сюда же можно отнести и баллонирование желудка. Третью группу составляют комбинированные операции, сочетающие в себе шунтирующие и рестриктивные компоненты (гастрошунтирование (ГШ), билиопанкреатическое шунтирование (БПШ), сочетание гастропластики с

еюноилеошунтированием и другие комбинации бариатрических вмешательств).

По мнению большинства авторов, «идеальная» бариатрическая операция должна соответствовать следующим требованиям: эффективное и устойчивое снижение массы тела, физиологичность оперативного вмешательства и техническая простота его выполнения, иметь приемлемую частоту осложнений в сравнении с консервативным лечением, возможность рентгенологического и эндоскопического контроля, отсутствие тяжелых метаболических нарушений и отсутствие необходимости в заместительной терапии, и, наконец, обратимость операции.

К сожалению, в настоящее время ни одна из вышеперечисленных операций не соответствует в полной мере поставленным требованиям. Так, при БЖ наблюдаются осложнения – пролапс желудка, дилатация пищевода или малого желудочка, эрозивно-язвенные изменения желудка; при ГП – обструкция соустья, рвота, реканализация скрепочного шва, рецидив ожирения в отдаленные сроки; при ГШ – несостоятельность анастомоза, демпинг-синдром, стеноз желудка, язвы, внутренние грыжи; при БПШ – диарея, метеоризм, витаминная, минеральная и белковая недостаточность.

Признавая будущее за нехирургическими методами лечения, необходимо отметить, что на современном этапе развития медицины хирургические методы являются наиболее эффективными при тяжелых формах ожирения, поскольку обеспечивают максимальную эффективность лечения ожирения даже в тех случаях, когда лекарственная терапия, многочисленные диеты, физические нагрузки и остальные консервативные методы лечения ожирения не приводят к реальному уменьшению веса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ МЕТОДОМ АНТЕГРАДНОЙ МОШОНОЧНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ

Беляков В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Филиппович В.А.

Варикоцеле встречается у 15% мужчин в популяции, а среди мужчин, имеющих проблемы с фертильностью доля лиц с варикоцеле составляет около 40%. Появление современных препаратов для эндоваскулярного склерозирования позволило перекрывать кровоток по внутренней семенной вене путем пункции одной из расширенных вен гроздьевидного сплетения и ее антеградного заполнения склерозирующим препаратом под рентгеновским контролем, что резко снизило травматичность хирургического вмешательства при варикоцеле.

Цель: анализ эффективности антеградной мошоночной склеротерапии, изучение ее осложнений, частоты рецидивов варикоцеле и их причин при использовании данного метода.

Материалы и методы. С 2001 по 2010 год пролечено 146 больных с варикоцеле 1-3 степени в возрасте от 15 до 28 лет. У 14 пациентов был рецидив после операции Иванисевича. Операции выполнялись под местной анестезией в рентгеноурологической операционной. Все больные осмотрены при выписке и через месяц после операции. 68 больных удалось проследить в сроки от 3 до 6 месяцев после операции.

Результаты. Все больные удовлетворительно перенесли операцию, не отметили значимых болезненных ощущений. Длительность операции составила от 10 до 30 минут. Подавляющее число больных (136 или 93%) были выписаны на следующий день. 8 пациентов были задержаны на 2-3 дня и лишь 1 ввиду наличия осложнений провел в стационаре неделю. У 145 больных при выписке варикоцеле пальпаторно не определялось. У 1 пациента варикоцеле не исчезло, что, по-видимому, было связано с нарушением техники данного вмешательства. Через месяц у 2 (1.37%) пациентов был диагностирован рецидив, что потребовало повторного вмешательства, после чего варикоцеле исчезло. Данные пациенты отметили, что на 3-4 день после лечения начали интенсивно заниматься спортом, что могло способствовать «ре-

канализации» просвета внутренней семенной вены и восстановлению патологического кровотока. Из 68 больных, осмотренных через 3-6 месяцев, рецидивов и каких-либо жалоб не было.

Осложнения. У 3 больных в области пункции отмечено образование небольших подкожных гематом, не потребовавших вскрытия и дренирования, у 5 – умеренно выраженная отечность мягких тканей мошонки, проходящая самостоятельно, у 5 – небольшие уплотнения мягких тканей в области семенного канатика, связанные с экстравазацией склерозирующего препарата, которые исчезли самостоятельно. У 1 больного развился орхит, потребовавший стационарного лечения. Причиной последнего явилась ошибочная пункция яичковой артерии с введением в неё склерозирующего препарата.

Выводы: 1) антеградная мошоночная склеротерапия является простым методом лечения варикоцеле, который может быть легко освоен практикующим хирургом-урологом; 2) количество рецидивов при использовании данного метода меньше, чем при использовании традиционных хирургических вмешательств; 3) осложнения в большинстве случаев не требуют специального лечения, возникают в основном на стадии освоения методики и связаны с техническими погрешностями при ее выполнении; 4) антеградная мошоночная склеротерапия является оптимальным методом лечения рецидивов после традиционных операций.

Литература:

1. Tauber, R. Antegrade scrotal sclerotherapy for the treatment of varicocele: Technique and late results / R. Tauber, N. Johnsen // J. Urology – 1994. – Vol. 151, № 3. – P. 386-390.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «ЛАЗУРИТ» ДЛЯ КОНТАКТНОЙ ФРАГМЕНТАЦИИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Беляков В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Филиппович В.А.

По разным данным, от 1 до 3% населения планеты страдает мочекаменной болезнью. За последние десятилетия частота встречаемости данного заболевания значительно увеличилась. Наиболее распространенным методом лечения мочекаменной болезни является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДЛТ). Однако в неблагоприятных случаях эффективность дистанционной монолитотрипсии камней мочеточников не превышает 54-68%, что заставляет прибегать к дополнительным эндоскопическим вмешательствам. Одним из наиболее современных эндоскопических вмешательств является уретероскопия с контактной лазерной литотрипсией.

Цель: выполнить анализ эффективности операций по лазерной контактной литотрипсии камней мочеточников, выявить возможные осложнения и их причины.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 98 пациентов с конкрементами мочеточника, пролеченных в отделении урологии Гродненской областной клинической больницы в 2009 – 2010 гг. Локализация камня, по данным экскреторной урографии и УЗИ: у 72 пациентов была в нижней трети, у 20 – в средней трети, и у 6 – в верхней трети мочеточника. Возраст больных составил от 16 до 80 лет, мужчин 46, женщин – 52. Размеры камней – от 0.4 до 1.2см. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу (54 пациента) составили больные, для которых уретероскопия с контактной лазерной литотрипсией была самостоятельным методом лечения, вторую группу (44 пациента) больные после неудачных курсов ДЛТ.

Результаты. В первой группе получены следующие результаты: 16 случаев – удалось выполнить литоэкстракцию. В 32 случаях камень извлечь сразу было невозможно, что потребовало выполнения контактной литотрипсии. В одном случае до-

биться хорошей фрагментации камня лазером не удалось, что потребовало проведения дистанционной литотрипсии. В четырех случаях обнаружены анатомические изменения мочеточника разного характера (2 – стриктуры мочеточников, 1- фиксированный перегиб, 1- удвоение мочеточника). В одном случае камень в мочеточнике обнаружен не был. Таким образом, в 90.75% случаев уретероскопия оказалась лечебной и привела к элиминации или фрагментации камня с последующей его элиминацией. Результаты операций во второй группе: 16 случаев – выполнена литоэкстракция. В 21 случае понадобилась контактная литотрипсия, которая оказалась успешной. В трех случаях уретероскопия не удалась из-за малого диаметра мочеточниковых устьев. В четырех случаях камни не обнаружены. Таким образом, во всех случаях, когда была возможность ввести уретероскоп, мочеточник был освобожден от камней. Не было ни одного случая отсутствия фрагментации камня при использовании неодимового лазера. Из осложнений нами отмечено: у 9 больных после операции наблюдались гематурия и уретерогидронефроз в течение 3-6 дней после удаления дренажного катетера из мочеточника.

Выводы: 1) применение комплекса «ЛАЗУРИТ» для контактной литотрипсии является эффективным методом лечения камней мочеточников, в том числе для камней, которые не удалось фрагментировать методом дистанционной литотрипсии; 2) условием для успешной контактной литотрипсии неодимовым лазером является отсутствие анатомических изменений мочеточника, препятствующих введению уретероскопа; 3) имевшие место осложнения (гематурия, уретерогидронефроз) явились проходящими и связанными с травматизацией мочеточника уретероскопом.

Литература:

1. Тиктинский, О.Л. Мочекаменная болезнь/ О.Л. Тиктинский, В.П. Александров. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 384 с.

ОТНОШЕНИЕ ВЫПУСКНИКОВ К РАБОТЕ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Билькевич В.М., Буйкевич Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель - д.м.н., проф. Тищенко Е.М.

В Республике Беларусь реализуется государственная программа улучшения социально-экономических условий в сельской местности, развития агрогородков. Вместе с тем сохраняются проблемы укомплектованности и текучести медицинских кадров. В связи с чем поставили цель изучить отношение будущих врачей к работе в сельской местности.

Материал и методы. По специально разработанной анкете осенью 2010 года проведено анкетирование 186 студентов 6 курса (117 - лечебного и 69 – педиатрического факультетов, из них 137 девушек.

Результаты. Большинство опрошенных студентов (80%) до поступления в университет проживали в городе. Преимущественное число респондентов указали, что согласны работать в сельских организациях здравоохранения, расположенных вблизи областного центра или родного районного города. Респонденты считают значительным плюсом работы в сельской местности «лучшее отношение населения к врачу, чем в городе». Факторы, которые способствовали закреплению будущих врачей в сельской местности по числу ответивших ранжированы следующим образом: обеспеченность личным транспортом, более высокий уровень заработной платы, предоставление благоустроенного жилья. Сказывается на отрицательное отношение к работе в деревне, по мнению анкетирруемых, недостаточное количество торговых и культурных учреждений. Респонденты указывают, что на их выбор влияет и возможность получения детьми достаточного уровня образования.

Вывод. Таким образом, полученные результаты заслуживают внимания при организации воспитательной работы в университете.

МОТИВАЦИОННЫЕ ЦЕННОСТИ ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА

Близина О.И., Альшанец А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – канд.ист.наук, доц. Ситкевич С.А.

Здравоохранение является сложной социальной сферой, предъявляющей определенные специфические требования к морально-этическим и профессиональным качествам медицинских работников [2,3]. Эти специфические особенности труда необходимо учитывать при разработке мотивации персонала и факторов их формирующих [1]. Целью данного исследования явилось изучение мотивационных ценностей врачей.

Материалы и методы. В работе использован социологический метод. Анонимному анкетированию подвергнуты 55 врачей одного из учреждений здравоохранения, обслуживающего население территории, подвергнутой радиационному загрязнению.

Результаты. Среди анкетированных 41,2% опрошенных – мужчины, 58,8% – женщины, $t=1,9$. Возрастной состав респондентов колебался от 24 до 76 лет: в возрастной группе 20-29 лет находились 27,2%, 30-39 лет – 41,9% опрошенных. Лица пенсионного возраста составили 9,1%. Средний возраст респондентов составил $36,3 \pm 0,3$ года.

Материалы исследования показали, что каждый четвертый врач неудовлетворен работой (26,5%), несмотря на то, что более половины из них (55,6%) считают свою специальность престижной. Причем, зная о проблемах в бюджетной сфере, две трети из этого контингента при выборе профессии вновь отдали бы предпочтение медицинской деятельности. Результаты исследования свидетельствуют об отсутствии различий неудовлетворенности работой в зависимости от возраста ($P>0,05$); показатель достоверно связан с полом ($P<0,05$): у лиц женского пола он более чем в 2 раза выше.

Представляет интерес мотивация профессионального самоопределения. Более половины опрошенных (55,9%) поступили в вуз с желанием освоить самую гуманную профессию и лечить людей. Другие избрали профессию по желанию и настоянию родителей (29,4%) или по случаю (14,7%). Большинство врачей (73,5%) считают свою специальность престижной, довольны полученным образованием и оценивают уровень своей подготовки в вузе на хорошо (70,6%) и отлично (17,6%). При этом исследуемый контингент на момент анкетирования нуждается в дополнительной подготовке по оказанию медицинской помощи (73,8%), по усовершенствованию навыков и умений (84,8%). Каждый второй врач (50,0%) высказался положительно о введении высшего сестринского образования, а 29,4% – затруднились с ответом о его необходимости.

По оценке опрошенных для 60,0% из них работа – это не только способ зарабатывания денег, а и реализация как личности, что характеризует приверженность к своей профессии. Предпочтительным стимулом к работе, по мнению каждого третьего, являются материальные мотивы, а для остальных в равной мере – благодарность пациентов, хорошие отношения в коллективе и удовлетворение от сделанной работы.

Таким образом, для улучшения качества профессиональной деятельности врачебного персонала необходимо проведение периодического мониторинга качества трудовой жизни с целью разработки мероприятий по его улучшению.

Литература:

1. Изюмова, И.В. Рекомендации по использованию способов мотивации в управленческой деятельности руководителей сестринских служб /И.В.Изюмова //Главная медиц. сестра. – 2004. – №7. – С.34-41.
2. Мащенко, И.В. Метод оценки нравственного развития личности / И.В.Мащенко, Н.Н.Протьюко, В.Н.Ростовцев //Медицина. – 2007. – №2. – С.76-78.

3. Чупахин, Н.Н. О проблемах закрепления выпускников медицинских вузов и колледжей в учреждениях здравоохранения/ Н.Н.Чупахин //Здравоохранение. – 2006. – №2. – С.143-152.

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И ГРОДНЕНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ ЯНКИ КУПАЛЫ**

Блохина А.А., Русина Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Авдей Г.М.

Вузовское образование является важным и завершающим этапом процесса общеобразовательной подготовки молодого поколения и основной стадией специализации [2]. На протяжении многих лет проблема студенчества является областью изучения педагогов и психологов [1, 3].

Цель работы. Изучить психоэмоциональное состояние студентов лечебного факультета Гродненского государственного медицинского университета (ЛФ, ГрГМУ) и педагогического факультета Гродненского государственного университета имени Янки Купалы (ПФ, ГрГУ) с целью оптимизации процесса обучения и получения высококвалифицированных специалистов.

Материал и методы исследования. Обследовано 165 студентов ЛФ ГрГМУ (50 человек на I курсе, 60 – на III курсе, 55 – на V курсе) и 153 студента ПФ ГрГУ (45 чел. на I курсе, 46 – на III, 32 – IV, 30 – V курсе). Психоэмоциональное состояние студентов оценивали следующими шкалами: методом определения уровня депрессии по Т.И. Балашовой, по степени выраженности астенического состояния по Л.Д. Малковой – Т.Г. Чертовой, по экспресс-диагностикам личностной склонности к сниженному настроению, немотивированной тревожности и неуправляемой эмоциональной возбудимости по В.В. Бойко.

Результаты исследования. У большинства студентов ЛФ ГрГМУ (I курс – 34,9%, III курс – 43,4%) и ПФ ГрГУ (I курс – 35,6%, III курс – 28,3%) установлены признаки «слабой астении» (51–75 баллов). Астеническое состояние выявлено также у 27,3% студентов V курса ЛФ ГрГМУ и у 21,9% студентов IV и 26,7% – V курсов ПФ ГрГУ. Единичные случаи умеренной астении (76–100 баллов) зафиксированы у лиц младших (I–III) курсов ЛФ ГрГМУ (соответственно, 4,7%, 9,4%) и I курса ПФ ГрГУ (8,7%). Только 2,4% первокурсников и 1,9% третьекурсников ЛФ ГрГМУ имели выраженные астенические проявления, что не наблюдалось у лиц ПФ ГрГУ. Унылость, подавленность, пессимизм отметили 20% студентов I курса и 26,7% – III курса ЛФ ГрГМУ и, соответственно, 26,7% и 17,4% лиц ПФ ГрГУ. Трудность в общении, дискомфорт имели место и у студентов V курсов ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ, но количество их было значимо более низким (соответственно, 16,4% и 16,7%). У половины всех обследованных студентов имели место признаки к импульсивности. Неуправляемая эмоциональная возбудимость (5–9 баллов) зафиксирована у первокурсников (56% – ЛФ ГрГМУ, 51,1% – ПФ ГрГУ), третьекурсников (50,8% – ЛФ ГрГМУ, 67,5% – ПФ ГрГУ), пятикурсников (52,7% – ЛФ ГрГМУ, 55,2% – ПФ ГрГУ). При этом высокой степенью импульсивности (10–12 баллов) отличались студенты III курса ЛФ ГрГМУ (11,9%) и IV курса ПФ ГрГУ (6,7%). Соответственно, и уровень тревожности превалировал у лиц ПФ ГрГУ. Некоторую склонность к тревожности (5–9 баллов) имели 48,9% студентов I курса, 63% лиц III курса, 68,6% – IV и 46,6% студентов V курса ПФ ГрГУ, а необоснованную тревогу (10–11 баллов), соответственно, 2,2%, 4,4%, 3,3%, 3,3% студентов. У студентов-медиков процент тревожности ниже и составляет по курсам, начиная с I, соответственно, 36%, 41,6%, 29,1%. Легкое депрессивное состояние ситуативного или невротического генеза (50–59 баллов) в большей мере касалось студентов III курсов ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ (соответственно, 7%, 7,1%). В меньшей мере оно затрагивало первокурсников ЛФ

ГрГМУ (4%), ПФ ГрГУ (2,2%) и пятикурсников ЛФ ГрГМУ (3,6%). Не выявлено депрессивных расстройств у лиц старших курсов ПФ ГрГУ.

Таким образом, у студентов выявлены психоэмоциональные изменения.

Выводы

1. У большинства студентов младших курсов (I–III) ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ имели место признаки «слабой астении» и тенденции к пониженному настроению.

2. У половины студентов всех курсов ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ отмечены признаки импульсивности. Неуправляемая эмоциональная возбудимость характерна для лиц III курса ЛФ ГрГМУ и IV курса ПФ ГрГУ.

3. Установлено превалирование склонности к тревожности у студентов ПФ ГрГУ.

4. Легкое депрессивное состояние присуще студентам III курсов ЛФ ГрГМУ и ПФ ГрГУ. Характерно отсутствие депрессии у лиц ПФ ГрГУ на старших курсах.

5. Изменения психоэмоционального состояния студентов дает возможность учета создания «благоприятной атмосферы» в процессе обучения, совершенствования педагогического общения со студентами, оптимизации учебного процесса.

Литература.

1. Буйлов В. Нервно-психическое состояние студентов / В. Буйлов, Г. Куропова, Н. Сенаторова // Высшее образование в России. – 1996. – С. 35–43.

2. Маркова Ю.А. Социально-психологические и возрастные характеристики периода студенчества / Ю.А. Маркова, Е.Б. Мареева, Л.Ю. Севидова // Русский медицинский журнал. – 2004. – N 3. – С. 53–58.

3. Милорадова Н.Г. Студент в зеркале психологии / Н.Г. Милорадова // Архитектура и строительство России. – 1995. – N 9. – С. 33–41.

ИЗУЧЕНИЕ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В СПИНЕ

Блохина А.А., Васкевич Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н. Лебейко Т.Я.

Актуальность. Число больных с болями в спине, или дорсалгиями, в последние годы неуклонно увеличивается. Наиболее частой причиной дорсалгии являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Факторы риска развития болей в спине – возраст, занятия тяжелым физическим трудом, подъем тяжестей [1]. Боль в спине ограничивает повседневную активность, вызывает нарушения жизнедеятельности, эмоциональный дискомфорт, создает препятствия для жизни.

Цель и задачи исследования. Изучить изменения повседневной активности пациентов с различными болевыми синдромами в спине.

Материалы и методы исследования. Обследовано 64 пациента с дорсалгией (30 мужчин и 34 женщины). Средний возраст составил 43,3 года. Среди них пациентов рабочих специальностей выявлено 46 человек (71%), служащих – 14 (23%), не работающих – 4 человека (6%). У обследованных пациентов диагностированы различные рефлекторные и корешковые синдромы: люмбалгия у 6 пациентов (9%), люмбоишалгия – у 39 (61%), радикулопатия – у 15 (24%), торакалгия – у 4 человек (6%). Для оценки психологических, социальных и поведенческих аспектов у пациентов с дорсалгией использовался Многофакторный Опросник Боли [2].

Результаты. Выраженный болевой синдром отмечен у 4 пациентов (67%) с люмбалгией, у 17 (44%) – с люмбоишалгией, у 7 (47%) – с радикулопатией, у 1 пациента (25%) с торакалгией. Выраженное препятствие для жизни боль в спине создавала 2 (33%) пациентам с люмбалгией, 7 (18%) – с люмбоишалгией, 2 (13%) – с радикулопатией. У пациентов с торакалгией боль не привела к препятствиям для жизни. Оценивалась поддержка и забота о пациентах со стороны близких. Выявлено, что

большинство больных (55 человек (86%)) проживают с супругами и поддерживаются ими на 83–100% независимо от нозологической формы и статуса пациента. Оценивался эмоциональный дистресс у пациентов с болями в спине. Чувствовали себя раздраженными, испытывали тревогу и внутреннее напряжение 1 (17%) пациент с умеренной болью при люмбалгии, 7 (18%) больных с различной интенсивностью болевого синдрома при люмбоишалгии, 4 (27%) человека с умеренной и выраженной болью при радикулопатии и 1 (25%) пациент с интенсивным болевым синдромом при торакалгии. Проводилась оценка различной повседневной деятельности пациентов: ведение домашнего хозяйства, пребывание вне дома, общение с окружающими. Так, например, установлено, что с нарастанием интенсивности болевого синдрома общительность пациентов значительно уменьшается. Из 17 пациентов с люмбоишалгией, имеющих выраженный болевой синдром. 12 человек испытывали затруднение в общении с окружающими.

Выводы. Болевой синдром в спине оказывает значительное влияние на качество жизни пациента. От интенсивности боли зависит настроение, активность пациента, удовлетворенность от общения с близкими и окружающими. Для пациента важна поддержка близким человеком во время наличия болевого синдрома.

Литература:

1. Болезни нервной системы. Под редакцией Н.Н.Яхно. Москва «Медицина», 2007. – с. 321
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Москва, 2004. – с. 73–77

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Бобученко М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – доц. Матиевская Н.В.

Цель исследования. Оценить характер и частоту причин смерти у ВИЧ-инфицированных пациентов в 2 регионах Республики Беларусь (РБ) в современный период и определить роль ассоциированных с ней факторов.

Материалы и методы. Проанализированы частота, причины и факторы риска различных причин летальности в 2 группах ВИЧ-инфицированных пациентов: 1 группа – Гродненская область РБ, 2 группа – Светлогорский район Гомельской области. В 1 группу был включен 91 ВИЧ-инфицированный пациент, умерший в регионе с 2001 г. по 2010 г., во 2 группу – 98 пациентов, умерших с 2004 г. по 2008 г.

Результаты. СПИД-ассоциированные причины летальности (оппортунистические инфекции, СПИД-маркерные опухоли) чаще встречались во 2 группе пациентов (50,5% и 68,7%, соответственно, $p > 0,05$). Среди СПИД-ассоциированной летальности в обоих регионах доминировал туберкулез, который имел агрессивное течение на фоне ВИЧ-инфекции.

Частота «печеночных» причин смерти была одинаковой в 2 группах наблюдения (19,8% и 21,2%, соответственно, $p > 0,05$) и заняла 2 место после туберкулеза. У большинства пациентов, умерших от «печеночных» причин, отмечена декомпенсация цирроза печени (94,4% и 87,5%, соответственно), установлена высокая частота коинфекции вирусом гепатита С (58,2% и 78,8%, соответственно), наркопотребления (77,8% и 47,2%), алкоголизма (72,2% и 81%, соответственно). СПИД был установлен в 61,1% в 1 группе и в 42,9% – во 2 группе. Отсутствие ВААРТ у большинства пациентов в обеих группах, несмотря на манифестные стадии ВИЧ-инфекции, можно рассматривать как один из факторов прогрессирования поражения печени и смерти.

Заключение. В настоящее время основными причинами смерти ВИЧ-инфицированных пациентов в регионах РБ являются СПИД-ассоциированные причины летальности, что связано с относительно недавним (с 2005 г.) повсеместным внедрением ВААРТ в РБ. «Печеночные» причины смерти составляют около 20% в

структуре летальности ВИЧ-инфицированных пациентов и занимают лидирующую позицию среди причин смерти, несвязанных со СПИДом. К факторам, способствующим «печеночной» летальности следует отнести коинфекцию ВГС, наркопотребление, алкоголизм, отсутствие АРТ.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ШТАММАМИ S.INFANTIS И S.MISSION

Богданович Т.И., Данилевич Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Гродненская областная инфекционная клиническая больница, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – ассист. Парфенчик И.В.

Актуальность. Актуальность внутрибольничного сальмонеллёза определяется не только большой социально-экономической значимостью, но и высокими показателями летальности [1, 2]. В 2008 году в г. Гродно впервые была зарегистрирована заболеваемость сальмонеллезом, обусловленная сальмонеллами группы С (S.infantis, S.mission). В ходе лечения больных данной патологией было установлено, что, несмотря на клиническое выздоровление на фоне достаточно интенсивной антибактериальной, а иногда и иммуностимулирующей терапии, санация больных наступала далеко не всегда. Так, при сальмонеллезе S. infantis этот показатель составил $53,1 \pm 8,8\%$, а при сальмонеллезе S. mission – $66,7 \pm 8,5\%$. Высокая частота сохраняющегося носительства сальмонелл (S. infantis et S. mission) и определила актуальность данного исследования.

Цель исследования. Целью исследования было установление чувствительности изолированных культур сальмонелл к антибиотикам и определение наиболее эффективных препаратов (in vitro et in vivo), позволяющих санировать пациентов.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали истории болезни 65 детей, лечившихся в Гродненской инфекционной клинической больнице по поводу сальмонеллезной инфекции (S. infantis et S. mission) в 2008-2009 годах. Анализ подверглись клиничко-лабораторные и анамнестические показатели двух групп больных: сальмонеллезом S.infantis (n=33) и сальмонеллезом S.mission (n=32). Методом исследования явился ретроспективный сравнительно-статистический анализ, а также корреляционный анализ связи клиничко-лабораторных и анамнестических данных с подтвержденной лабораторно элиминацией возбудителя. При определении чувствительности выделенных культур сальмонелл S. infantis и S. mission использовался общепринятый и наиболее доступный в клинике метод дисков пропитанных антибиотиками.

Результаты. In vitro наибольшей эффективностью в подавлении роста сальмонеллы S. infantis обладала группа фторхинолонов (от $66,7 \pm 12,6$ до $95,0 \pm 5,0\%$ выделенных культур). Весьма эффективным препаратом можно считать тиенам ($78,6 \pm 14,7$). Наименее чувствительной сальмонелла S. infantis оказалась к группам цефалоспоринов 3 поколения ($15,6 \pm 6,5$), и аминогликозидам ($9,4 \pm 5,2$). Группа фторхинолонов и тиенам также были наиболее эффективными в отношении сальмонеллы S. mission. Однако эффективность цефалоспоринов 3 поколения в отношении сальмонеллы S. mission была существенно выше, чем в отношении S. infantis ($35,7 \pm 9,2$). В нашем исследовании производилось исследование эффективности сальмонеллезного бактериофага в отношении сальмонелл S. infantis et S. mission), но при проведении корреляционного анализа получена обратная корреляция факта его применения с фактом санации (Sperman Rank Order – – $0,25$; $p < 0,06$).

Выводы. В качестве стартовой терапии (до получения результатов чувствительности к антибиотикам) целесообразно использовать цефалоспорины 3 поколения, так как широкое применения фторхинолонов у детей раннего возраста ограничено.

Литература:

1. Крившич Т. С., Гильдебрандт Н. М., Евремова С. В. Характеристика госпитальной инфекции по материалам детской инфекционной больницы №1 г. Красноярска // Острые инфекционные заболевания: Тез. докл. конф. – Кемерово.1987. – С. 25 – 27.
2. Hastings L., Burneus A., de-jong B., Word L. et al. Salm -Net, facilitates collaborative investigation of an outbreak of Salmonella tosamanga infection in Europe // Commun. Dis. Rep. CDR. Rev. – 1996. – Т.6. – Vol.7. – P. 100 – 102.

САНАЦИЯ БОЛЬНЫХ С САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ, ВЫЗВАННЫМ ШТАММАМИ S. INFANTIS И S. MISSION

Богданович Т.И., Лелюкевич И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Гродненская областная инфекционная клиническая больница, Беларусь
Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций
Научный руководитель – ассист. Парфенчик И.В.

Актуальность. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) остаются в настоящее время проблемой для стран с разным уровнем социального и экономического развития. Особо опасен занос возбудителей кишечных инфекций в родильные дома, детские стационары [1]. До настоящего времени среди ВБИ кишечной группы ведущее место было отведено внутрибольничному сальмонеллезу, обусловленному *S.typhimurium*. Однако с конца 20 века стало известно о случае ВБИ в одном из стационаров России, обусловленной *S.infantis* [2]. В 2008 году в г. Гродно впервые была зарегистрирована заболеваемость сальмонеллезом, обусловленная сальмонеллами группы С (*S.infantis*, *S.mission*), вызвавшими вспышку внутрибольничного сальмонеллеза в областном клиническом перинатальном центре (ОКПЦ). В ходе лечения больных было установлено, что, несмотря на клиническое выздоровление на фоне достаточно интенсивной антибактериальной терапии, санация наступала далеко не всегда.

Цель исследования. Установление факторов, определяющих риск формирования хронического носительства сальмонелл.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования стали истории болезни детей, лечившихся в Гродненской инфекционной клинической больнице по поводу сальмонеллезной инфекции (*S. infantis* et *S. mission*) в 2008–2009 годах (n=65). Методом исследования явился корреляционный анализ связи клинко-лабораторных и анамнестических данных с подтвержденным лабораторно фактом санации пациентов.

Результаты. Анализу подверглись клинко-лабораторные и анамнестические показатели детей, больных сальмонеллезом *S.infantis* (n=33), и детей, больных сальмонеллезом *S.mission* (n=32). Более половины из них были дети, рожденные в перинатальном центре в период с апреля 2008 по февраль 2009 года. Все пациенты были разделены на 2 группы: санированные в ходе лечения (n=39) и продолжавшие выделять сальмонеллу после проведенного курса терапии (n=26). Анализу подвергнуты 235 параметров, однако в данной работе будут представлены только те параметры, которые достоверно могут рассматриваться в качестве критериев риска носительства сальмонеллы. Установлено, что критериями риска формирования у больных сальмонеллезом носительства могут быть неонатальный возраст (Sperman Rank Order – +0,25, p<0,05), наличие грубой врожденной патологии центральной нервной системы (Sperman Rank Order- –0,3, p<0,05), низкие показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (Sperman Rank Order- +0,35, p<0,01) при поступлении в стационар, внутрибольничное инфицирование (Sperman Rank Order – –0,34, p<0,05). Наличие же фебрильной лихорадки при поступлении в стационар рассматривается как фактор благоприятный (Sperman Rank Order – +0,33, p<0,01).

Выводы. Факторами риска развития носительства сальмонелл *S. infantis* et *S. mission* у детей первого года жизни являются: инфицирование ребенка в неонатальном периоде, внутрибольничное инфицирование, наличие у него грубой врожденной патологии ЦНС, подострое течение заболевания.

Литература:

1. Прямухина Н. С., Сёмина Н. А., Коршунова Г. С., Морозова О. Т. Внутрибольничные инфекции новорожденных // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1996. – №2. – С.15.

2. Демин И.А., Брусина Е.Б. Госпитальный сальмонеллез, вызванный *Salmonella infantis* / Эпидемиология и инфекционные болезни. 2006. №1. С.21-23.

СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ЛИМФОЦИТАХ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КРЫСАМ ЭКСТРАКТА ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Божко Д.В., Кирикович Т.А., Кравец Е.С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга
Научный руководитель – к.б.н., доц. Горецкая М.В.*

Свободные аминокислоты и их метаболиты в системе иммунитета участвуют в активации Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, натуральных киллеров и макрофагов, обеспечивают продукцию антител, цитокинов и других соединений. Одним из механизмов иммуномодулирующего воздействия экстракта куколок дубового шелкопряда на организм животных является стимуляция обменных процессов в иммунокомпетентных клетках, отражением которой являются изменения в пуле свободных аминокислот [1, 2].

Цель работы. Анализ изменений фонда свободных аминокислот в лимфоцитах, выделенных из тимуса и селезенки после введения животным экстракта куколок китайского дубового шелкопряда.

Материалы и методы исследования. Крысам (линии Вистар) массой 60–70 г, получавшим полноценный рацион вивария, ежедневно внутрижелудочно вводили водный экстракт куколок китайского дубового шелкопряда в разведении 1:10 в течение 10 дней в дозе 1 мл на 100 г массы (n=7). Контрольные животные (n=7) получали физиологический раствор аналогичным способом. Животных декапитировали под легким эфирным наркозом. Выделяли тимус и селезенку. В градиенте плотности (урографин, 1,077 г/см³) выделяли лимфоциты. Определение свободных аминокислот проводили с помощью хроматографической системы Agilent 1100, прием и обработку данных – с помощью программы Agilent ChemStation A10.01. Математическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica 7.0.

Результаты. Курсовое введение животным экстракта куколок китайского дубового шелкопряда существенно увеличивало в лимфоцитах тимуса относительное количество цистеина. Одновременно в лимфоцитах селезенки увеличивалось соотношение аминокислот с разветвленной углеродной цепью к ароматическим аминокислотам, а также общее количество серосодержащих аминокислот. Отмечали увеличение содержания аспарагина, глутамина и лейцина в лимфоцитах селезенки. В лимфоцитах тимуса наблюдали противоположный эффект – почти в 2 раза уменьшались концентрации аспарагина и триптофана. Выполненный анализ концентрационного градиента протеиногенных аминокислот в лимфоцитах селезенки и тимуса показал, что во всех фракциях лимфоцитов лимитирующими являются концентрации триптофана, глутамина, аспарагина, метионина и гистидина. Напротив, для лимфоцитов этих органов характерно высокое содержание глутамата, пролина, аланина, аспарагина и лизина.

Выводы. Таким образом, введение животным экстракта куколок китайского дубового шелкопряда изменяет фонд свободных аминокислот в лимфоцитах тимуса и селезенки. В ряде случаев изменения носят противоположный эффект, что свиде-

тельствует о модуляции обменных процессов в клетках.

Литература:

1. Горецкая, М.В. Средство, обладающее иммуномодулирующей активностью./ М.В. Горецкая, В.М. Шейбак, А.А. Чиркин //Патент №12504. – Регистрация в Государственном реестре изобретений Республики Беларусь 27.07.2009. – Приоритетная справка №а 20070709 от 11.06.2007.

2. Чиркин, А.А. Антиоксидантная активность куколок китайского дубового шелкопряда / А.А. Чиркин, Е.И. Коваленко, В.М. Шейбак и др. // Ученые записки УО ВГУ им. П.М. Машерова. – 2007. – Т.6. – С.248-265.

ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бондаренко С.Н., Бышук А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ассист. Синкевич Е.В.

Актуальность. Профессиональные вредности-факторы трудового процесса, оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье человека и вызывающие развитие профессиональных болезней.

Цели и задачи. Проанализировать случаи возникновения профессиональной патологии среди медицинских работников Гродненской области.

Метод исследования. Нами был использован санитарно-статистический метод исследования и «Заключительный акт периодического медицинского осмотра».

Результаты. Основываясь на данных ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» за 2009 год, ведущие профессиональные вредности, обуславливающие развитие профессиональной патологии: 41 чел. – инфицирующий материал, 21 чел. – формальдегиды, 10 чел. – органические кислоты, 8 чел. – микобактерии туберкулеза, 7 чел. – антибиотики, 3 чел. – ионизирующее излучение. В структуре заболеваний в зависимости от указанных вредностей наибольший удельный вес приходится на: туберкулез органов дыхания – 20 случаев (74%); дерматиты – 5 случаев (18,6%); бронхиальная астма – 2 случая (7,4%).

По половому признаку профессиональная вредность распределилась следующим образом: мужчины 10 случаев (29,5%), женщины 24 случая (70,5%).

Распределение профессиональной патологии в зависимости от стажа работы: работающие медики со стажем 6–10 лет – 7 (26%) случаев; со стажем 0–5 лет – 4 случая (14,8%); 11–15 лет – 4 случая (14,8%). Наибольший удельный вес среди возрастных групп приходится на возраст: 26–35 лет – 8 случаев (29,6%); 36–45 лет – 6 случаев (22,2%); 46–55 лет – 6 случаев (22,2%). Распределение случаев заболеваний по профессиональному составу: у специалистов с высшим образованием (врачей) зарегистрировано 9 случаев ПЗ (33,3%): врач-фтизиатр – 5 случаев, врач-терапевт – 2 случая, врач-рентгенолог и заведующий лабораторией – по 1 случаю; у среднего медперсонала (медсестер, фельдшеров, лаборантов) – 15 случаев (55,6%); у санитарок – 3 случая (11,1%). В разрезе административных территорий наибольшее число профзаболеваний зарегистрировано в: г. Гродно – 11 случаев (40,7%), Лидского района – 6 случаев (22,2%), Волковысского района – 3 случая (11,1%), Дятловского района – 3 случая (11,1%). Среди медицинских учреждений наибольшее число случаев зарегистрировано: в Областном противотуберкулезном диспансере – 11 случаев (40,7%), в Волковысском противотуберкулезном диспансере – 3 случая (11,1%), Лидском ТМО – 3 случая (11,1%).

Выводы. Таким образом, вопросы охраны и укрепления здоровья – одна из важнейших проблем медицины труда и здравоохранения; глобальная стратегия ВОЗ по сохранению здоровья декларирует, что «охрана здоровья на рабочем месте – одна из приоритетных проблем».

Литература:

1. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2009 год / Гродненская областная клиническая больница, организационно-методический отдел- Гродно, 2010.
2. Скепьян Н.А. Профессиональные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика.- Минск, 2003.
3. Литвяков А.М. Профессиональные заболевания: учебное пособие.- Минск, 2005.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПИВНОГО АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Г. ГРОДНО

Бондаренко А.Н., Скок А.В., Шмурай А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ассист. Синяк В.Г.

Проблема алкоголизма не нова, но за последние десятилетия процент алкоголизации существенно вырос, а средний возраст, в котором алкоголь пробуют впервые, упал с 16 до 10–13 лет. Подростки предпочитают пить слабоалкогольные напитки и пиво, считая, что они не наносят такого урона их здоровью, как крепкие алкогольные напитки, и что к ним не возникает зависимости. Так же считают многие взрослые, сознательно покупающие подросткам пиво по их просьбе. Напротив, множество исследователей во всём мире доказали, что пивной алкоголизм развивается исподволь, но довольно быстро, и тяжело поддаётся лечению, прежде всего из-за психологической убеждённости «любителей» в безвредности пива. Подростковый пивной алкоголизм является острой проблемой во всём мире и Республике Беларусь.

Цель работы. Выявить частоту встречаемости пивного алкоголизма среди подростков города Гродно и сравнить её в 2009 и 2010 годах.

В работе использован санитарно-статистический метод исследования; данные получены совместно с Гродненским областным центром "Психиатрия-наркология" путем сбора статистического материала.

Результаты. В группу лиц, стоящих на учёте в городском наркологическом диспансере, включены лица от 7 до 83 лет.

За период январь-декабрь 2009 г. на учёт поставлены 412 молодых лиц в возрасте 7–18 лет (из них 115 девушек, 297 юношей, соотношение 1:3,3). Лица, не достигшие десятилетнего возраста, составляли 1,2%. Пивом злоупотребляли около 70%.

За период январь-декабрь 2010 года на учёт поставлены 382 человека возрастом от 9 до 18 лет (из них 306 юношей и 76 девушек, соотношение 4,02:1). Лица, не достигшие десятилетнего возраста составили 0,26%. Пивом злоупотребляли около 70%.

Вывод. Частота встречаемости подросткового алкоголизма, в частности, пивного, уменьшилась на 7,2% в 2010 г. по сравнению с 2009 г. Возможно, такая динамика связана с вступлением в силу постановления о запрете распития спиртных напитков в общественных местах от 23.02.2010 г. Но, несмотря на лёгкую положительную тенденцию, употребление пива подростками остаётся серьёзной медицинской и социальной проблемой.

К сожалению, данная статистика не может охватить весь масштаб проблемы и учесть тех подростков, которые злоупотребляют алкоголем, но никогда не были поставлены на учёт. Работа по снижению уровня подросткового пивного алкоголизма предстоит огромная. Одним из этапов этой работы, по предложению МВД и Минздрава, могут стать полный запрет любой рекламы пива и увеличение возраста граждан, которым будет разрешена продажа пива (до 21 года).

Литература:

1. Мирошниченко Л.Д. Алкоголизм / Мирошниченко Л.Д., Пелипас В.Е. –

Москва: Анахарсис, 2001. – 190 с.

2. Гуавин Дональд Алкоголизм / Пер. с англ. – Москва: Олимп-Бизнес, 2002. – 224 с.

3. Морозов Г.В. Алкоголизм / Морозов Г.В. – Москва: 1989, 318 с.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Бондаренко С.Н., Бышук А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Зверко В.Л.

Актуальность. Патология органов кровообращения занимает ведущее место среди заболеваний у беременных и составляет от 0,4 до 4,7%; пороки сердца встречаются в 75-90% от всех поражений сердца, в том числе 4-19% приходится на пролапс митрального клапана (ПМК).

Цель и задачи. Изучить течение и исход беременности у женщин с ПМК I-II степени.

Методы исследования. Нами ретроспективно было проанализировано 21 история родов женщин с ПМК I-II степени (без регургитации, бессимптомный).

Результаты. Возраст женщин колебался от 18 до 34 лет и в среднем составил 25,5. У 19 (90,5%) обследуемых это была первая беременность; 2 (9,5%) – вторая, из них у одной был искусственный аборт, а у второй – неразвивающаяся беременность. В анамнезе имелись следующие экстрагенитальные заболевания: 2 (9,5%) – патология органов желудочно-кишечного тракта, 2 (9,5%) – заболевания органов дыхания, 1 (4,7%) – патология эндокринной системы, 1 (4,7%) – болезни почек. Также в анамнезе были отмечены гинекологические заболевания: эрозия шейки матки у 11 (52,4%), киста яичников – 3 (14,3%), кольпит – 2 (9,5%). Срок беременности в данной группе варьировал от 266 до 287 дней, что в среднем составило 278,6. Беременность сопровождалась токсикозом беременных у 11 (52,4%), анемией у 10 (47,6%), гестозом – 6 (28,5%), угрозой выкидыша – 6 (28,5%), многоплодием у 1 (4,7%). У всех исследуемых роды срочные, из них родоразрешение через естественные родовые пути у 18 (85,7%), а у 3 (14,3%) путем операции кесарева сечения. В процессе родов наблюдались такие осложнения как: слабость родовых сил – 6 (28,6%), угроза разрыва промежности – 4 (19%), бурная родовая деятельность – 3 (14,3%), острая внутриутробная гипоксия плода – 2 (9,5%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 1 (4,7%). У 20 (95,3%) женщин послеродовый период протекал без особенностей, 1 (4,7%) – имела место субинволюция матки, гематометра.

Выводы. Таким образом, женщины с ПМК составляют группу риска по развитию различных осложнений во время беременности (токсикоза, анемии, гестоза, угрозы прерывания беременности) и в родах (аномалии родовых сил, угрозы разрыва промежности, острой внутриутробной гипоксии плода).

Литература:

1. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М., "Триада-Х", 2007г.

2. Бакашвили, Ш.Б., Бадоева, З.Т., Ляшко, Е.С. Пролапс митрального клапана у беременных. Неонатальные аспекты / Материалы IV Международного конгресса по репродуктивной медицине. Москва. 18–21 января 2010 г.

3. Rackley CE, Edwards JE, Karp RB. Mitral valve disease. In: "The Heart", ed. by J. Willis Hurst, VI Edition 2005.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Боричевская О.А., Юрашевич М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – преп.-стажер Карпович О.В.

Ежедневно с пищей и водой в организм человека поступают элементы, которые могут оказать как положительное, так и отрицательное воздействие на организм. Известно, что избыток или недостаток любого элемента вызывает определенное расстройство или заболевание [1]. В связи с этим, на сегодняшний день особенно актуально изучение уровня загрязнения продуктов питания тяжелыми металлами, оценка дозы поступления токсических веществ в организм человека и влияние этих факторов на состояние здоровья населения.

Цель исследования. Выявить особенности влияния загрязнения пищевых продуктов тяжелыми металлами на здоровье населения, изучить уровни содержания тяжелых металлов в пищевых продуктах. С помощью проведенных опытов доказать полезное действие антоцианов, содержащихся во многих ягодах и овощах, а также показать взаимодействие белка с солями тяжелых металлов.

Материалы и методы. В данной работе использовались лабораторный и статистический методы для обработки полученных результатов. Использовалось следующее оборудование: для опыта №1: пробирки, штатив для пробирок, реактивы – раствор яичного белка, 5% раствор уксуснокислого свинца, 5% раствор хлорида железа (III), 5% раствор сульфата меди, 20% раствор нитрата серебра; для опыта №2: ступка, виноград, дистиллированная вода, 5% раствор уксуснокислого свинца.

Результаты исследования. Среди разнообразных загрязняющих веществ тяжелые металлы и их соединения выделяются распространенностью, высокой токсичностью. Многие из них способны накапливаться в живых организмах. Хронические интоксикации тяжелыми металлами имеют выраженное нейротоксическое действие, существенно влияют на эндокринную систему, кровь, сердце, сосуды, почки, печень. Мощное воздействие микроэлементов на физиологические процессы в организме объясняется тем, что они вступают в реакции с биологически активными органическими веществами – гормонами, витаминами, а также белками и ферментами.

Проведенными исследованиями были получены следующие результаты.

Опыт №1 наглядно показал взаимодействие белка с солями тяжелых металлов (также этот процесс происходит и в организме человека) и их неблагоприятное влияние на живой организм. В ходе опыта № 2 было доказано полезное действие антоцианов, содержащихся во многих ягодах (виноград) и овощах (белокочанная капуста), так как эти вещества способны связываться с тяжелыми металлами и выводить их из организма. Было установлено также, что насыщенность основных продуктов питания (молоко, хлеб, мясо, картофель и другие овощи) тяжелыми металлами варьирует в широком диапазоне значений.

Выводы. Таким образом, многие тяжелые металлы участвуют в биологических процессах и в определенных количествах являются необходимыми для функционирования человека микроэлементами. С другой стороны, тяжелые металлы и их соединения могут оказывать вредное воздействие на организм человека, способны накапливаться в тканях, вызывая ряд заболеваний. Поэтому необходимо осуществлять контроль качества и обеспечения безопасности продуктов питания [2].

Литература:

1. Трахтенберг, И.М. Тяжелые металлы во внешней среде и современные гигиенические токсикологические аспекты / И.М. Трахтенберг, В.С. Колесников, П.П. Луковинко // *Хімія і проблеми викладання: научно-дослідницький журнал*. – Минск: наука и техника, 2006. – №9. – С. 56–63.
2. Новиков, Ю.В. Окружающая среда и человек: учеб. пособ. / Ю.В. Новиков. – М.: Высш. шк., 1980. – 424 с.

ПРИМЕНЕНИЕ СПЛАЙН-АППРОКСИМАЦИИ ПОТЕНЦИАЛА МЕЖМОЛЕКУЛЯРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ РАСЧЕТАХ ВТОРОГО ВИРИАЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА

Бородин М.И., Галлиулина А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к. физ.-м. н., доц. Клинецвич С.И.

В классической термодинамике поведение реального газа можно с высокой степенью точности описать с помощью вириального уравнения:

$$p = \frac{RT}{V} \left(1 + \frac{B_2}{V} + \frac{B_3}{V^2} + \dots \right) \quad (1)$$

где величины $B_2, B_3, \dots$ называются вторым, третьим ... вириальными коэффициентами. Первый вириальный коэффициент $B_1 = 1$. Второй и последующие вириальные коэффициенты учитывают взаимодействие молекул и зависят от температуры, природы газа (смеси газов). Так как в большинстве случаев $B_2/V \gg B_3/V^2$, то на практике для приближенных расчетов бесконечный ряд (1) обрывают на втором члене, принимая, что

$$p \approx \frac{RT}{V} \left(1 + \frac{B_2}{V} \right) \quad (2)$$

Методы статистической физики позволяют вычислить величину второго вириального коэффициента (ВВК), если известен потенциал межмолекулярного взаимодействия E_p :

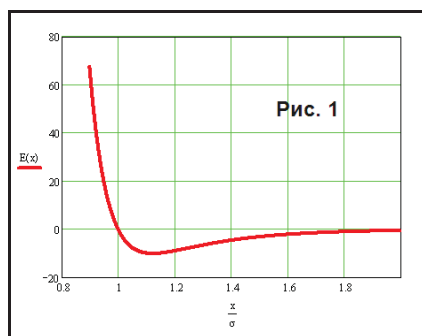
$$B_2 = 2\pi N_A \int_0^{\infty} r^2 \left(1 - e^{\frac{-E_p(r)}{kT}} \right) dr \quad (3)$$

где N_A – число Авогадро, k – постоянная Больцмана, T – абсолютная температура.

В большинстве расчетов в качестве межмолекулярного потенциала используется модельный потенциал Леннарда-Джонса:

$$E_p(r) = 4\varepsilon \left[\left(\frac{\sigma}{r} \right)^{12} - \left(\frac{\sigma}{r} \right)^6 \right] \quad (4)$$

где r – расстояние между молекулами, σ – расстояние, на котором силы межмолекулярного взаимодействия уравновешивают друг друга, ε – глубина потенциальной ямы. При численных расчетах обычно производят «обрезание» (зануление) межмолекулярного потенциала на расстояниях $r > R_c$. Это приводит к нарушению непрерывности потенциала и его производных в точке $r = R_c$. Для устранения данного противоречия используют сплайновую аппроксимацию потенциала Леннарда-Джонса в виде (см. рис. 1):



$$E_p(r) = 4\varepsilon \left\{ \left[\left(\frac{\sigma}{r} \right)^{12} - \left(\frac{\sigma}{r} \right)^6 \right] + \left[6 \left(\frac{r}{R_c} \right)^{12} - 3 \left(\frac{r}{R_c} \right)^6 \right] \left(\frac{r}{R_c} \right)^2 - \left[7 \left(\frac{r}{R_c} \right)^{12} - 4 \left(\frac{r}{R_c} \right)^6 \right] \right\} \quad (5)$$

Для расчета ВВК в среде пакета MathCad нами разработан алгоритм численного интегрирования по формуле (3), в которой в качестве $E_p(r)$ используется выражение (5). Интегрирование осуществлялось по квадратурным формулам. Полученные результаты сравнивались с аналогичными расчетами методом зануления потенциала (4). Сопоставление вычисленных ВВК с литературными данными показало удовлетворительное совпадение.

Выводы. Предложенный алгоритм дает более точные результаты; алгоритм и методика расчета могут быть использованы в учебном процессе для организации виртуального лабораторного практикума.

СОСТОЯНИЕ СЕРТОНИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В НЕКОТОРЫХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДИНАМИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ И МОРФИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Бородинская В.В., Лелевич С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс клинической биохимии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Лелевич С.В.

Хроническая алкогольная (ХАИ) и морфиновая интоксикация (ХМИ) представляют собой примеры одних из наиболее распространенных длительных экзогенных химических воздействий на организм. Нейрофизиологические механизмы развития алкогольной и наркотической зависимости базируются в основном в стволовых и лимбических структурах головного мозга, там, где находится так называемая «система подкрепления», ответственная за эмоциональное состояние, настроение, психофизический статус и поведение индивидуума в целом. Серотонинергическая нейромедиаторная система, являясь одной из ключевых в головном мозге, принимает непосредственное участие в проявлении нейрхимических эффектов алкоголя и морфина.

ХАИ моделировали путем внутрижелудочного введения 25% раствора этанола в течение 7 (2-я гр.), 14 (3-я гр.), 21 (4-я гр.), а также 28 суток (5-я гр.). Контрольным особям (1-я гр.) интрагастрально вводили эквивалентное количество физиологического раствора хлорида натрия.

ХМИ вызывали внутрибрюшинным введением 1 % раствора морфина гидрохлорида в течение 7 сут (2-я группа), 14 сут (3-я группа) и 21 сут (4-я группа) два раза в сутки с интервалом в 12 ч в нарастающих дозах: 1-2 сут – 10 мг/кг/сут; 3-4 сут – 20 мг/кг/сут, оставшиеся дни – 40 мг/кг/сут. Декапитацию проводили через 1 ч после последней инъекции. Контрольные животные (1-я группа) получали эквивалентное количество физиологического раствора NaCl. В гомогенатах ствола и таламической области головного мозга методом ВЭЖХ определяли содержание 5-окситриптофана, серотонина и 5-оксииндолуксусной кислоты. Статистическую обработку данных проводили с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Введение алкоголя в течение 7-14 суток не приводило к изменениям изученных показателей в стволе и таламической области мозга. Введение алкоголя в течение 21 суток сопровождалось изменениями функционального состояния серотонинергической нейромедиаторной системы ствола мозга. Это выражалось снижением концентрации серотонина (на 26%; $p < 0,05$), его предшественника 5-окситриптофана (на 46% $p < 0,05$) и метаболита – 5-оксииндоуксусной кислоты (на 72% $p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой. Введение алкоголя в течение 28 суток сопровождалось увеличением содержания серотонина в стволе головного мозга на 79% ($p < 0,05$).

ХМИ длительностью 7-14 суток не приводила к нарушениям функционирования серотонинергической системы в таламической области головного мозга. На 21-е сутки ХМИ отмечалось понижение уровня серотонина и 5-оксииндолуксусной кислоты в данном регионе ЦНС. В стволе головного мозга при ХМИ 7-14 не было отмечено изменения изученных показателей нейромедиации. Трехнедельная морфино-

вая интоксикация сопровождалась снижением содержания серотонина в данном отделе головного мозга.

Таким образом, хроническая алкогольная и морфиновая интоксикация оказывали схожие эффекты на функциональное состояние серотонинергической системы головного мозга. Практически полное отсутствие эффектов ХАИ и ХМИ длительностью 7-14 суток на изученные показатели в таламической области сопровождалось снижением серотонина и его метаболитов в стволе головного мозга на 21 день интоксикации.

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ В АСПЕКТЕ ЛЕЧЕНИЯ

Брикач А.В., Малич А.М., Бруй Н.А., Некрашевич Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Климович И.И.

Актуальность. Ежегодно в Республике Беларусь по статистике наблюдается увеличение количества больных с варикозной болезнью (ВБ) на 2 % (1). Причины и механизмы варикозной болезни и её осложнений во многом изучены, однако, несмотря на это и внедрение новых методов лечения – консервативного и хирургического – лечение желает лучшего. Это также связано с преимущественным возникновением заболевания в трудоспособном возрасте, частой инвалидизацией больных, особенно при развитии посттромбофлебитического синдрома, риском летального исхода при развитии ТЭЛА.

Цель. Установить причинные факторы ВБ для улучшения её лечения.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ историй болезни больных, находившихся на лечении и в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) г. Гродно в 2001-2010 гг. Всего лечилось 486 больных с варикозной болезнью нижних конечностей и её осложнениями. В ходе изучения историй болезни и бесед с больными обращалось особое внимание среди женщин на характер менструального цикла, половой жизни, гормонального и психо-эмоционального статуса, течение и исходы беременности, наличие ВБ у родителей. Для мужчин главными вопросами стали: характер физической нагрузки, ежедневного труда, особенности питания, имеющиеся заболевания сосудистой, эндокринной систем, вредные привычки, наличие и характер травм, случаи ВБ у близких родственников.

Результаты исследования. У больных с ВБ наследственность, как предрасполагающий фактор ВБ, имела место у 59 (12.1%) пациентов, гинекологическая патология – у 7 (1.4%), опухоли – у 3 (0.6%), заболевания сердечно-сосудистой системы и крови – у 47 (9.7%), травмы с повреждением сосудов нижних конечностей – у 25 (5.1%), беременность и прием КОК – у 163 (33.5%), нейроэндокринные нарушения (в т.ч. ожирение) – у 26 (5.3%), статическая нагрузка – у 58 (11.9%), динамическая физическая нагрузка – у 64 (13.2%), причины не установлены у 34 (7.2%) больных. Распределение причин ВБ в зависимости от пола: у женщин наследственная предрасположенность имела место у 32 (10,3%) пациенток, мужчин – у 27 (15,3%) больных. Механическое препятствие току крови в результате опухолей малого таза, брюшной полости, гинекологической патологии имело место у 7 (2,3%) человек. Опухоли малого таза и брюшной полости у мужчин отмечались у 3 (1,7%) пациентов. Травмы с повреждением сосудов нижних конечностей имели место у 4 (1,3%) женщин, и 21 (11,9%) мужчины. Заболевание сердечно-сосудистой системы, крови, при которых имелись нарушения гемодинамики у 20 (6,5%) женщин и 52 (29,5%) мужчин. Беременность и ожирение имели место у 182 (58,4%) женщин. Физическая нагрузка превалировала причинным фактором у 152 (49, 4%) мужчин.

Выводы.

1. Варикозной болезнью нижних конечностей практически в 2 раза чаще страдают женщины.
2. Ведущей причиной развития ВБ является наследственная предрасположен-

ность, которая реализуется под влиянием гормонального дисбаланса, иммуно-аллергических, воспалительных реакций, статической и динамической нагрузки.

Литература:

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н. Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская // Минск: Высшая школа. – 2005. – 253 с.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Брицько А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., доц. Богданович И.П.

Травмы в области коленного сустава, на основании объединенной статистики, составляют до 10% всех травм конечностей. Из них повреждения мягких тканей возникают в 68% случаев во время занятий спортом, и лишь незначительная часть – около 2% – в результате дорожно-транспортных происшествий. На долю повреждений менисков приходится не менее 20% [1]. Известно, что мениски обеспечивают конгруэнтность в коленном суставе, передают, поглощают и распределяют осевую нагрузку, которая возрастает и может превышать вес тела в 2-4 раза во время ходьбы и в 6-8 раз во время бега, при этом на латеральный мениск в наружном отделе приходится до 70% нагрузки, а на медиальный мениск – 50% [2]. В связи с чем возникают дегенеративно-дистрофические процессы в коленном суставе при повреждении менисков, а также после менискэктомии или парциальной резекции [3]. Несмотря на достаточно широкое освещение в литературе способов восстановления менисков коленного сустава, техник их выполнения не более чем в 2% случаев специалисты прибегают к артроскопическому шву мениска и чаще выполняются менискэктомии ввиду их технической простоты и краткосрочности.

Цель работы: оценить отдаленные результаты эндоскопических резекций менисков у пациентов трудоспособного возраста, проходивших лечение в травматологических отделениях УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2006 по 2010 гг.

Задачи: оценить функцию коленного сустава в послеоперационном периоде у лиц трудоспособного возраста, исследовать целесообразность выполнения шва мениска.

Материалы и методы: изучены результаты лечения пациентов трудоспособного возраста, проходивших лечение в УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» по поводу разрыва мениска; статистический анализ полученных результатов.

Результаты и выводы: за 5 лет было госпитализировано с указанной патологией 509 человек, из них 75,44% составляли мужчины. Из общего числа поступивших было прооперировано 476 человек (93,5%). Выполнялись операции парциальной резекции (87%) и лишь в отдельных случаях – менискэктомии (13%). Средний возраст пациентов – 38 лет. Средний койко-день – 9. По шкале IKDC 2000 у 72% прооперированных пациентов получен неудовлетворительный результат. Из-за функциональной перегрузки хряща коленного сустава у пациентов трудоспособного возраста появляются ранние дегенеративно-дистрофические изменения, приводящие к развитию гонартроза. По данным литературы органосохраняющие операции (шов мениска) позволяют избежать подобных осложнений в 98% случаев. В связи с чем видится обоснованным внедрение операций направленных на восстановление анатомической целостности менисков коленного сустава при их разрывах.

Литература:

1. Jonatan R Jones. Acute traumatic haemarthrosis of the knee: expectant treatment or arthroscopy? / Jonatan R Jones, Robbin L Allum // Annals of the Royal College of Surgeons of England. – 1989. – № 71. – P. 40-43.

2. Eric C. McCarty. Meniscus Repair. Considerations in Treatment and Update of

Clinical Results / Eric C. McCarty, Robert G. Marx, Kenneth E. DeHaven // Clinical orthopaedics and related research. – 2002. – № 402. – P. 122-134.

3. Arthroscopically-aided lateral meniscal repair and reduction of lateral tibial plateau fracture: long-term follow-up with MR imaging / M. F. Trommel, [et al.] // The Knee. – 1998. – № 5. – P. 241-244.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Брылева А.А., Дравица Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Шамова Т.М.

В мире насчитывается около 2–2,5 млн. больных рассеянным склерозом (РС). В Беларуси заболеваемость рассеянным склерозом составляет около 46,7 случаев на 100000 населения [1]. Весьма актуальны на сегодняшний день проблемы реабилитации и социальной адаптации данной группы больных. Всемирная организация здравоохранения относит РС к заболеваниям, инвалидизирующим лиц молодого возраста. Кроме неврологического дефицита, у этих пациентов часто наблюдаются нарушения адаптации, затрагивающие личность, в особенности эмоциональную и мотивационную сферу [2].

Цель исследования. Выявить особенности социального функционирования больных РС.

Задачи исследования

1. Определить основные стереотипы эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации.
2. Определить мотивационную направленность больных рассеянным склерозом.
3. Изучить связь между неврологическим статусом и способами эмоционального реагирования данных пациентов.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 больных РС, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Гродненской областной клинической больницы в период с сентября 2009 по декабрь 2010 года. Выборку составили 10 мужчин и 10 женщин в возрасте 18–66 лет. В качестве основного инструмента исследования применялись клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы (фрустрационный тест Розенцвейга, тест юмористических фраз). Неврологический статус оценивали по оригинальной шкале оценки неврологического статуса [1]. В группу вошли пациенты с I–II степенью тяжести РС. Контрольную группу составили 20 пациентов, сопоставимых по возрастно-половым показателям, с умеренно выраженными хроническими болевыми синдромами.

Результаты исследования. В 39,7 % случаев больные РС проявляли импунитивные реакции (примиряющие), 33,3 % – внешнеобвиняющие, а 27,3 % – сомообвиняющие. Для больных РС характерны следующие типы реакции: 45,7 % реакций «с фиксацией на самозащите», 28,2 % «с фиксацией на препятствии», 26 % – «с фиксацией на удовлетворении потребности». Подобные изменения наблюдались и в контрольной группе. С помощью теста юмористических фраз выявлены гипертрофированные мотивы: «человеческая глупость» у 60 % пациентов, «агрессия» – у 40 %. Фрустрация в отношении тем «деньги» наблюдалась у 75% испытуемых, «взаимоотношения полов» – у 50%, «бездарность в искусстве» – у 50%, «карьера» – у 45%. В контрольной группе у 50% пациентов основной мотив – «человеческая глупость», у 45% – «семейные неурядицы», фрустрированной потребностью у 60% испытуемых стала тема «деньги», у 45% – «взаимоотношения полов».

Выводы:

1. Для больных рассеянным склерозом характерны: в большей степени само-

защитный тип реагирования, который предполагает эмоциональную нестабильность, низкий порог эго-защит; стремление к избеганию конфликтов.

2. В мотивационной сфере большинство потребностей находятся во фрустрации.

Литература:

1. Шамова Т. М. Рассеянный склероз: оптимизация лечебно-диагностического процесса: монография.- Гродно: ГрГМУ, 2007. – 188 с.

2. Рассеянный склероз. Медико-социальные аспекты: Материалы III Республиканской школы по неврологии для молодых специалистов/ Под ред. Я.Я. Гордеева. Гродно: ГрГМУ, 2004 г. – 143 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Буденис О.А., Климович С.С., Милошевская Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гутикова Л.В.

Опушение и выпадение внутренних половых органов (ОиВВПО) является широко распространённой, трудно поддающейся лечению и потому одной из наиболее актуальных проблем не только гинекологии, но и смежных дисциплин. Риск развития пролапса тазовых органов (ПТО) имеет 1 из 11 женщин, а частота ОиВВПО среди гинекологических больных достигает 28,0 – 38,9% [1,2].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациенток с пролапсом гениталий и снизить частоту рецидивов данного заболевания при использовании сетчатых протезов.

Материалы и методы исследования: произведен анализ 89 историй болезни пациенток с ОиВВПО, находившихся на лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с июня 2009 по ноябрь 2010 года, которым было выполнено хирургическое вмешательство.

Результаты. Согласно результатам проведенной работы по установке сетчатых протезов у женщин с ОиВВПО, сетка «Линтекс-ЭСФИЛ ES3535 бело-синий» для тотальной реконструкции тазового дна была установлена в 53 случаях (59,2 %), из них в сочетании с ампутацией шейки матки в 14 случаях (15,7%), с влагалищной экстирпацией матки в 7 (7,9%), в сочетании с коррекцией стрессового недержания мочи в 10 случаях (11,2%). Изолированный передний трансплантат поставлен в 2 случаях (2,2 %), установка переднего трансплантата в сочетании с влагалищной экстирпацией матки в 1 случае (1,1%). Изолированный задний трансплантат поставлен в 4 (4,5 %) случаях, в сочетании с абдоминальной экстирпацией матки – в 4 случаях (4,5%). Больным с инконтиненцией в 23 случаях (25,8%) выполнена уретровезикуло-сuspензия по методике TVT. Причем изолированно свободная синтетическая петля установлена в 11 случаях (12,4%). Коррекция недержания мочи в сочетании с установкой заднего протеза выполнена в 3 случаях (3,4%), с абдоминальной экстирпацией матки – в 4 (4,5%), влагалищной гистерэктомией – в 1 случае (1,1%), с манчестерской операцией – в 4 случаях (4,5%). Всего выполнено 19 экстирпаций матки (21,3%), из них 11 чрезвлагалищных (12,4%). Задняя кольпоперинеолеваторопластика выполнена 16 пациенткам (18,0%).

На основании проведенных исследований можно сделать следующие **выводы:**

1. У пациенток с различными формами пролапса гениталий и наличием обширных фасциальных дефектов патогенетически обоснованной является концепция операции с использованием сетчатых протезов. Установка сетчатых протезов для реконструкции тазового дна является высокоэффективной у пациенток с наличием дефектов лобково-шеечной и ректовагинальной фасций, а усовершенствование методики позволяет минимизировать развитие осложнений.

2. Для лечения стрессового недержания мочи высокоэффективной является

операция с применением свободной синтетической петли, отличающаяся малоинвазивностью, безопасностью и возможностью использования с другими операциями, корригирующими пролапс гениталий.

Литература:

1. Беженарь В.Ф., Цуладзе Л.К., Цыпурдеева А.А. и др. Применение системы Prolift при пролапсе тазовых органов // Рос. вестн. акуш. –гин. – 2008. – Спецвыпуск. – С. 7–8.

2. Буйнова С.Н., Савельев С.В., Петрова В.Д. и др. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи // Рос. вестн. акуш. –гин. – 2005. – № 5. – С. 15–18.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ БОЛЬНИЦ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

Буйкевич Д.В., Неверко К.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ассист. Синяк В.Г.

Сократ говорил: «Здоровье – не все, но без здоровья все – ничто».

Материалы и методы исследования. Совместно с ОблЦГЭ и ОЗ г. Гродно и кафедрой общей гигиены и экологии было проведено анонимное анкетирование по определению субъективной оценки здоровья врачей, работающих в больницах сестринского ухода. Для подсчета данных использовался статистический метод.

Цель исследования. Проследить и изучить состояние здоровья врачей больниц сестринского ухода, а также на основе этого предоставить материал для разработки подходящих условий труда.

Результаты. Всего в анкетировании приняло участие 115 медицинских сотрудников (врачей), большую часть которых составили женщины (89%). Возраст составил от 32 до 53 лет. 63,5% респондентов оценивают свое здоровье как удовлетворительное, 9,8% – как плохое и лишь 26,7% респондентов считают, что их здоровье можно отнести к категории «хорошее». Отнести себя к группе здоровых смогло лишь 32% представителей данной профессии, а у 68% респондентов наблюдаются те или иные заболевания. Хронические заболевания органов дыхания (хронический тонзиллит, аллергические заболевания и др.) встречаются в 17, а заболевания сердечно-сосудистой системы – 16 случаях.

При возникновении различных заболеваний (ОРВИ, артериальная гипертензия и др.) продолжает работать и не предпринимает каких-либо усилий для коррекции своего состояния 9,8% врачей, занимается самолечением 52%, пользуются средствами народной медицины 15,5% и 22,7% обращаются за помощью к своим коллегам (врачам).

В порядке планового и диспансерного обследования у большей части анкетированных (85%) в течение последнего года проводились следующие лабораторно-инструментальные исследования: определение гемограммы (80%), анализы мочи (70%), исследование уровня глюкозы в крови (55%), запись электрокардиограммы (60%).

Причины, которые все-таки заставляют медицинских работников проявить заботу о своем здоровье, можно поделить на: неоднократные острые заболевания 15,5%, переход острой формы заболевания в хроническую 45%, негативный опыт близких людей 25%, забота о здоровье была привита с детства, в семье 14,5%.

Заключение. Таким образом, видно, что, несмотря на современные достижения науки и техники, направленные на улучшение качества жизни, данного улучшения не наступает. Жизнь современного человека протекает по большей части на фоне борьбы за существование и достижение трудных целей. Напряженный труд на фоне сложной, экологической обстановки, гиподинамия, плохое питание и всякого рода общественные конфликты усугубляют состояние нервно-психической напряженности, именуемой стрессом. Знание методов преодоления последствий кризис-

ных ситуаций становится необходимой частью психологической культуры каждого человека.

Литература:

1. Гарелик П.В., Жук И.Г., Иодковский К.М. Перспективы развития сестринского образования в Республике Беларусь // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2002.- С. 52-54.

2. Хеннеси Д, Хикс С. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе// Медицинские знания.-2003.-№2.-С.31-32.

3. Этические и деонтологические стандарты профессиональной деятельности медицинской сестры // Производственный стандарт, Минск: БелМАПО, 2002.- 29с.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ КАК ПРИЧИНА НЕДОСТАТОЧНОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ

Бурбицкая Т.А., Куратник О.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – доц., к.м.н. Сурмач М.Ю.

Охрана здоровья студенческой молодежи – одна из важнейших задач государства и общества. Достаточный потенциал здоровья студентов является необходимым условием в обучении. Молодежь должна быть наиболее здоровой частью населения, но таковой не является.

Цель исследования. Выявить особенности физической активности студенческой молодежи как возможной причины недостаточного потенциала здоровья студентов.

Для проведения исследования была разработана анкета. Опрос проведен в период с ноября по декабрь 2010 г. на основании добровольного согласия опрашиваемых, методом случайного бесповторного отбора. Выборка включила 200 студентов Гродненского государственного медицинского университета всех курсов и факультетов.

Результаты. Средний возраст опрошенных составил $19,87 \pm 0,16$ лет (от 17 до 26 лет). Участвовали в опросе 43 юноши и 157 девушек. На вопрос анкеты: «Знаете ли Вы, что такое здоровый образ жизни», ответили «знаю» 95,5%; «не знаю» 1%; «знаю не полностью» 3,5%. Занимаются физкультурой регулярно – 53%; нерегулярно – 19,5%; не занимаются – 27,5%. Чаще физическими упражнениями занимаются в возрасте 17–18 лет, реже или вовсе не занимаются в возрасте 22 года и старше. Курят нерегулярно – 14%, регулярно – 13,5%, не курят 72,5%. Употребляют спиртное несколько раз в месяц – 40,5%, реже одного раза в месяц – 35,5%, не употребляют – 34%. Утреннюю гимнастику делают иногда – 24%; ежедневно – 5%; не делают – 71%. Регулярно передвигаются пешком на занятия и с занятий – 43%, иногда – 50%, никогда – 7%. В числе предпочитаемых форм отдыха названы: «на природе» – 61,5%; «проводить время с друзьями» – 77%; «слушать музыку» – 49,5%; «посещать кафе, рестораны» – 48%; «в кругу семьи» – 48%; «читать книги» – 31,5%; работа за компьютером – 24%. На вопрос о том, помогает ли им двигательная активность в борьбе со стрессом, ответили положительно – 49%; отрицательно – 15,5%; «не всегда» – 15%; сомневаются – 20,5%. Занятия физическими упражнениями приводят к положительным изменениям самочувствия у 61%; не приводят – у 15%; иногда – у 20,5%. Ответили, что «иногда от физических упражнений становится даже хуже» – 3,5%. Из ответов следует, что у студентов преобладают заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта (29,5%), сердечно-сосудистой системы (20,5%). Нормальным весом обладает большинство – 85%, избыточный вес у 6%, недостаточный – у 9%. У 13% часто возникают нервные срывы, депрессия; иногда – у 48%, редко – у 39%.

Выводы. Таким образом, низкая физическая активность, в том числе в быту, распространённость вредных привычек, наличие хронических заболеваний, частое

возникновение нервных срывов и депрессий значительно влияют на формирование основных составляющих здоровья студентов Гродненского государственного медицинского университета. При этом большинство опрошенных отвечают, что занятия физическими упражнениями приводят к положительным изменениям самочувствия и помогают в борьбе со стрессом.

Литература:

1. Беликова Е.А. «Зависимость влияния учебных нагрузок на здоровье студентов от уровня физического развития», Здоровье и образование, М., 2002, с.102
2. С.Б. Бондарь, А.Ю. Малофеев, «Вегетативные дистонии у студентов. Решение проблемы». Материалы международного конгресса, М., 2004, Ч. 1, с. 177-179.
3. Чернышева Р.В, «Структура заболеваемости студентов специального учебного отделения», Материалы международного конгресса, М., 2004, Ч. III, с. 311-312.

ПРИСПОСОБЛЕНИЕ ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ КОНТАКТНЫХ ОТМОРОЖЕНИЙ У ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС

Бурькин П.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Меламед В.Д.

Проблема лечения холодовой травмы, несмотря на её многолетнее изучение, актуальна как в мирное, так и в военное время. В структуре травм мирного времени поражения холодом составляют от 1 до 10%. В военное время санитарные потери от отморожений варьируют от 2 до 25%. Глубокие отморожения приводят к длительной потере трудоспособности в 20-94% случаев, часто являясь причиной пожизненной инвалидности. Материальные затраты на лечение пострадавших от отморожений в 3 раза превышают стоимость лечения общехирургического больного. Вышесказанное обуславливает необходимость разработки экспериментальной модели контактных отморожений для дальнейшего изучения вопросов патогенеза и изыскания новых методов лечения этого контингента больных.

Цель работы – создание приспособления, позволяющего моделировать стандартную по площади охлаждаемую поверхность различной степени поражения у лабораторных крыс.

Приспособление состоит из двух частей. Часть А представлена медным холодным контейнером в форме закрытого цилиндра диаметром 25 мм, высотой 10 мм, в верхнем основании которого, отступив от края по направлению в центр на 2 мм, впаяна входная медная канюля диаметром 3 мм и высотой 7 мм, к которой подсоединен шприц без поршня. С противоположной стороны цилиндра на боковой поверхности на расстоянии 1 мм от нижнего основания впаяна аналогичная выходная канюля, к которой подсоединена поливинилхлоридная трубка диаметром 5 мм с надетым на нее зажимающим устройством. В холодном контейнере находится термopара для регистрации температуры, проходящая через шприц и входную канюлю, наружный конец термopары подсоединен к цифровому мультиметру. Все элементы, кроме нижнего основания камеры и выводной трубки, теплоизолированы войлоком толщиной 5 мм и алюминиевой фольгой. Часть Б представлена в виде криокамеры в форме параллелепипеда, изготовлена из теплоизоляционного материала «Пеноплекс», размерами: высота 100 мм, ширина 200 мм, длина 300 мм. Толщина стенки теплоизоляционного материала 20 мм. Изнутри криокамера оклеена фольгой. В верхней части криокамеры имеется съемное стеклянное окошко размерами 200x170 мм. для наблюдения за экспериментальным животным и манипуляциями с ним. В криокамере имеются отверстия: в передней части по центру диаметром 20 мм, для помещения через него наркозной маски, в верхней части на 40 мм, отступив от левого края, и на 40 мм отступив от заднего края, диаметром 20 мм, для помещения через него шприца из части А, на левой стенке на 60 мм, отступив от задней стенки, и 40 мм, отступив от нижнего края диаметром 7 мм, для вывода поливинилхлоридной

трубки из части А.

Крыса вне контейнера вводится в эфирный наркоз. Далее животное укладывается в криокамеру. Через отверстие, расположенное в передней части криокамеры, проводится наркозная маска и одевается на голову крысы. Нетеплоизолированной частью холодовой контейнер укладывается на бедро (заднюю лапу, хвост) крысы. Закрывается крышка криокамеры. Холодовой раствор (антифриз, спиртовой раствор и т.п.) через шприц поступает в холодовой контейнер. Температуру в контейнере контролируют при помощи термодатчика, показатели которой регистрируются на мультиметре. При помощи зажимного устройства, помещенного на поливинилхлоридную трубку, регулируют скорость протекания жидкости для создания постоянного холодового воздействия.

Таким образом, сконструированное приспособление позволяет моделировать контактное отморожение в интересах поставленных экспериментом задач, варьируя параметрами температурного воздействия и временного фактора

ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Бутевич Ю.В., Власкина М.С., Багрим А.Н., Юшкевич А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Васильев А.В.

Актуальность. В силу разных причин за последние 25 лет отмечается нарастание числа больных нейроинфекциями. По данным сравнительного анализа количества больных, лечившихся в ГОИКБ в 1982 и 2008 годах, отмечен рост числа как гнойных, так и серозных менингитов. Частота гнойных менингитов (не менингококковых) возросла с $0,07 \pm 0,03\%$ в 1982 году до $0,17 \pm 0,05\%$ в 2008 году. С учетом нарастания общего числа больных в последние годы отмечается рост абсолютного количества больных в 3 раза. Отмечено существенное снижение количества больных менингококковыми менингитами (практически в 7 раз), что, вероятнее всего, связано с более жесткими установками в плане лабораторной верификации этой патологии в настоящее время. В то же время отмечено и существенное нарастание числа больных энтеровирусной инфекцией, протекающей достаточно часто в виде серозных менингитов (менингоэнцефалитов). Так, с 1982 по 2008 год относительное количество больных энтеровирусной инфекцией возросло с $0,2 \pm 0,06\%$ до $4,9 \pm 0,3\%$, а в абсолютных числах в 34 раза.

Целью исследования стало изучение влияния сопутствующей энтеровирусной инфекции на течение гнойного менингита.

Материалом исследования стали 64 истории болезни больных гнойными менингитами, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2003 по 2009 год. У 20 больных на фоне гнойного менингита выявлялось наличие сопутствующей энтеровирусной патологии (выявление методами ПЦР, ИФА по наличию у больных IgM к энтеровирусам, а также по наличию антигенов энтеровирусов в ликворе, выявленных ИФМ). Методом исследования стал ретроспективный анализ. Данные историй подвергнуты коррелятивному анализу. Проведено также сравнительно-статистическое исследование групп больных с «чистой» нейроинфекцией и с гнойным менингитом в сочетании с энтеровирусной инфекцией.

Полученные результаты. В ходе анализа установлено, что у больных при гнойном менингите с сопутствующей энтеровирусной инфекцией чаще отмечались судороги (Sperman Rank $+0,26$; $p < 0,05$), чаще выявлялся симптом Кернига (Sperman Rank $+0,35$; $p < 0,01$), отмечалась чаще тромбоцитопения (Sperman Rank $-0,37$; $p < 0,01$), количество лейкоцитов в периферической крови было ниже, чем при гнойном менингите без сопутствующей вирусной патологии (Sperman Rank $-0,3$; $p < 0,05$), а показатель ЛИИ более длительно сохранялся высоким (Sperman Rank $+0,34$;

$p < 0,05$). Плеоцитоз у больных гнойным менингитом в сочетании с энтеровирусной инфекцией был более высоким (Sperman Rank $+0,42$; $p < 0,001$) и с более существенным преобладанием нейтрофилов (Sperman Rank $+0,4$; $p < 0,01$). Стационарное лечение больных с сопутствующей энтеровирусной инфекцией было более продолжительным (Sperman Rank $+0,46$; $p < 0,001$).

Вывод: Сопутствующая энтеровирусная инфекция способствует повышению проницаемости гемато-энцефалического барьера, повышению внутричерепного давления, и более интенсивной миграции гранулоцитов в субарахноидальное пространство, что обуславливает более тяжелое и продолжительное течение нейроинфекции.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА И УНИВЕРСИТЕТА ИМ. ЯНКИ КУПАЛЫ

Бутрим В.В., Долбенко А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Авдей Г.М.

Сегодня в мире только 10% людей – стрессоустойчивые [1]. В обычной жизни 25% сталкиваются с проблемами в плане психического здоровья, состояние которого непрерывно изменяется под влиянием многочисленных внешних факторов: социально-экономических, экологических, физических, психотравмирующих и др. У каждого имеется строго индивидуальный предел сопротивляемости, по достижении которого психоэмоциональное напряжение, переутомление или нарушение функций организма приводит к срыву психической деятельности [2]. Для определения «склонности к срыву психической деятельности нервной системы при значительном психическом и физическом напряжении» предложено понятие «нервно-психическая неустойчивость», которая объединяет явные или скрытые нарушения эмоциональной, волевой, интеллектуальной регуляции [1]. Нервно-психическая устойчивость (НПУ) показывает риск дезадаптации личности в условиях стресса, то есть тогда, когда система эмоционального отражения функционирует в критических условиях, вызываемых внешними, равно как и внутренними, факторами [3].

Цель работы. Определить уровень НПУ, риска дезадаптации в стрессе у студентов лечебного факультета Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) и педагогического факультета Гродненского государственного университета им. Янки Купалы (ГрГУ) для установления лиц, пригодных для работы в трудных условиях, где к человеку предъявляются повышенные требования.

Материал и методы исследования. Обследовано 130 студентов ГрГМУ (по 40 человек на I и III курсах и 50 – на V курсе) и 154 студента ГрГУ (45 человек на I курсе, 46 – на III курсе, 33 – на IV курсе и 30 человек на V курсе). Для оценки НПУ использована методика «Прогноз», разработанная в Санкт-Петербургской военно-медицинской академии [3].

Результаты исследования. У всех студентов ГрГМУ и ГрГУ установлена высокая вероятность нервно-психических срывов, преимущественно в экстремальных состояниях. Наибольшие показатели по НПУ, свидетельствующие о нервно-психической неустойчивости, зафиксированы у студентов I курсов лечебного и педагогического факультетов (соответственно, $23,0 \pm 0,03$, $25,0 \pm 0,07$). Первокурсники пытаются понять, «куда я попал» и «кто меня окружает». Они должны быстро сориентироваться, и с новых позиций освоить способы и методы учебной деятельности, понять систему норм и правил, существующих на факультете и в его учебной группе, разработать свою систему ценностей по отношению к учебе, предстоящей работе, преподавателям.

Имело место различие НПУ у лиц с медицинским и педагогическим образованием. Так, НПУ у студентов V курса ГрГМУ была значимо более низкой, чем у

лиц IY-Y курсов педагогического факультета ГрГУ (соответственно, $16,5 \pm 0,05$, $19,7 \pm 0,03$, $p < 0,05$, $22,3 \pm 0,05$, $p < 0,05$). Аналогичные изменения в сторону меньшей устойчивости организма студентов педагогического факультета к стрессовым факторам выявлено у лиц III курса ГрГМУ и ГрГУ ($19,0 \pm 0,05$, $23,0 \pm 0,01$, $p < 0,05$). Вероятно, начало специализации, более детальное знакомство со специальностью, наибольшее приближение к практической деятельности, переоценка студентами многих ценностей жизни и культуры отражается на их эмоциональном состоянии. При подведении итогов НПУ имела место проверка искренности ответов лиц на заданные вопросы. Отмечены откровенные, искренние ответы студентов всех курсов ГрГМУ и ГрГУ (соответственно, ГрГМУ (I – $4,6 \pm 0,02$, III – $4,4 \pm 0,02$, Y – $4,0 \pm 0,03$), ГрГУ (I – $3,5 \pm 0,03$, III – $3,9 \pm 0,05$, IY – $4,0 \pm 0,04$, Y – $4,5 \pm 0,01$)).

Выводы:

1. У всех студентов ГрГМУ и ГрГУ установлена высокая вероятность нервно-психических срывов.
2. Наибольшая выраженность нервно-психической неустойчивости выявлена у лиц I курсов лечебного и педагогического факультетов.
3. Наиболее вероятны нервно-психические срывы, преимущественно в экстремальных состояниях, у студентов педагогического факультета III, IY, Y курсов.
4. Выявление НПУ у студентов позволяет оценить вероятность развития отдельных признаков их личностных нарушений и проявлений в поведении и деятельности, и определить их пригодность к работе с повышенными требованиями.

Литература:

1. Берг Т.Н. Нервно-психическая неустойчивость и способы ее выявления /Т.Н. Берг. – Учебное пособие. – Владивосток, 2005. – 105 с.
2. Маркова Ю.А. Социально-психологические и возрастные характеристики периода студенчества / Ю.А. Маркова, Е.Б. Мареева, Л.Ю. Севидова // Русский медицинский журнал. – 2004. – N 3. – С. 53–58.
3. Методика «Прогноз» – <http://www.syntone.ru/librare/psytests>.

ИЗМЕНЕНИЕ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЧАСОВ НА ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ

Бушма О.С., Луд Н.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.

Перевод часов на зимнее или летнее время сопровождается напряжением адаптационных механизмов и приводит к изменению структуры циркадианных биологических ритмов (десинхронизации), что обуславливает устойчивые физиологические изменения в организме человека [Губин Д.Г., Чибисов С.М., 2008]. При этом нарушаются механизмы вегетативной регуляции: увеличение тонуса симпатической нервной системы является признаком стресса. Показано, что при переводе часов изменяются цветовосприятие и личностные характеристики [Зинчук В.В. и др., 2004], у школьников развивается десинхроноз при переходе с зимнего на летнее время [Хутликов А.В. и др., 2004; 2005].

Цель данной работы. Изучение реакции вегетативной нервной системы при переводе часов на зимнее время.

В исследовании приняли участие 37 студентов 2 курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 23 лет, не имеющих отклонений в физическом развитии. У них измерялись следующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (АДС и АДД), подсчитывался вегетативный индекс Кердо (ВИК). Для его вычисления использовалась формула: $ВИК = (1 - АДД/ЧСС) * 100$ [Kerdo I., 1966]. Измерения проводили в первой половине дня до перевода часов, затем на 2-е, 4-е, 6-е, 9-е, 11-е и 13-е сутки после перевода. Для статистической обработки результатов использовали программу Statistica.

При распределении испытуемых по группам в зависимости от исходного вегетативного статуса получены следующие данные: ваготоники (ВИК < -10) – 8 человек, симпатотоники (ВИК > 10) – 12 человек, нормотоники (ВИК -10– 10) – 17 человек. Исходные значения ВИК для ваготоников составили -21,00 (-31,50–14,00), для нормотоников 0,00 (-6,00–5,00), для симпатотоников 19,50 (12,50–24,50). На 2-е сутки после перевода стрелок часов назад установлено уменьшение тонуса парасимпатической нервной системы у ваготоников : -1,00 (-7,50–5,00), а также уменьшение тонуса симпатической нервной системы у симпатотоников : 8,00 (0,00–17,50). На 4-е и 6-е сутки после перевода у ваготоников и симпатотоников достоверного изменения ВИК по сравнению с исходным вегетативным статусом не было. В течение 2-й недели наблюдали увеличение тонуса симпатки у ваготоников : 11,00 (1,00–17,00) на 9-е сутки и 6,50 (- 13,00–20,00) на 11 сутки после перевода. У симпатотоников наблюдали уменьшение тонуса симпатической нервной системы на 9-е, 11-е и 13-е сутки: 7,50 (2,00–17,00), 5,50 (-1,00–10,00) и 2,00 (-17,00–10,00), соответственно. У нормотоников значения ВИК после перевода стрелок часов назад достоверно не изменились.

Результаты. Таким образом, показано, что перевод часов приводит к значительному изменению баланса вегетативной нервной системы у людей с выраженным тонусом симпатки и парасимпатки, но проявления стресса более выражены у ваготоников. Проведённое нами исследование показало, что часовой сдвиг при переводе часов на зимнее время является стрессогенным фактором и требует проведения различных мероприятий по усилению адаптационного потенциала организма.

О ПРОБЛЕМЕ КУРЕНИЯ СРЕДИ МОЛОДЁЖИ

Быков Е.С., Быченко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.б.н, доц. Зиматкина Т. И.

Распространение табакокурения, его негативные последствия и причиняемый ущерб приобрели масштабы эпидемии. Табакокурение является причиной острого повреждения легочной ткани (80-90% случаев хронической обструктивной болезни лёгких связывают именно с ним), снижает их вентиляционную функцию, вызывает рак лёгких и других органов, приводит к окислительному и генотоксическому стрессу, инициирует нарушение баланса в системе оксиданты–антиоксиданты и т.д. [1].

Согласно статистическим данным, около 30% взрослого населения Европейского региона относится к группе регулярно курящих. Ежегодное число смертей в мире от пагубной привычки составляет 1.2 млн. Особую тревожность вызывает высокий показатель табакокурения среди молодежи – около 27-30%. Беларусь не является исключением. По результатам опроса общественного мнения, проведенного Республиканским центром гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, курильщиками являются 41,6% населения в возрасте от 16 лет и старше. Их число постоянно пополняется за счет подрастающего поколения. Следует отметить некоторую положительную тенденцию. Так, доля курящего населения в возрасте 15 лет и старше в последние годы снизилась с 41,6% до 34,3%. Доля тех, кто курит постоянно, среди мужчин составила 44,8%, что в 7,2 раза больше, чем в группе женщин [2].

Довольно остро стоит проблема табакокурения в учебных заведениях. Так, среди учащихся колледжей г. Гродно курят в настоящее время 31% опрошенных. Среди юношей доля курящих составила 44%, среди девушек – 24,5%, пробовали когда-либо курить 38% [3].

Что же касается студентов Гродненского медицинского университета, то курильщиков среди них 40,4%. На вопрос: «Кто вас приобщил к курению?», 67% ответили – «друзья и товарищи», 16% – «не могу вспомнить» и 9% – «сам». Что же касается причины курения, то 41% респондентов делают это для того, чтобы уйти от стрессов и проблем, расслабиться, 35% – потому что это единственный способ для

общения в компании. На вопрос: «Хотите ли вы бросить курить?», 79% респондентов дали положительный ответ, 16% – не задумывались об этом и лишь 5% – осознанно не хотят этого делать [4].

Всё вышесказанное делает проблему распространения табакокурения и её негативного воздействия на здоровье человека, а также профилактику этой вредной привычки чрезвычайно важной и актуальной. Полагаем, что для решения проблемы необходимо повышение уровня знаний и активизация информационно-просветительской работы среди учащейся молодёжи, в том числе и среди студентов-медиков, а также силами последних для других категорий населения.

Литература:

1. Чучалин, А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания / А.Г., Чучалин // Российский медицинский журнал. – 2006. – Т. 16, № 22.
2. Секач, А.С. Распространённость табакокурения среди населения республики / А.С. Секач, Г.С. Мисяченко, О.Н. Матюшевич // Здоровоохранение. – 2006. – №7. – С. 23– 25.
3. Тищенко, Е.М. Образ жизни учащихся колледжей города Гродно / М.Ю. Сурмач, С.А. Куль, Т.И. Артеменко // Журнал ГрГМУ. – 2010. – №2 – С. 160 – 162
4. Качановская, А.А. Частота встречаемости курения среди студентов Гродненского медицинского университета / А.А. Качановская // Материалы конференции студентов и молодых учёных, посвящённой памяти профессора Н.И. Аринчина, 16-17 апреля 2009. – Гродно: ГрГМУ – 2009. – С. 143–144.

АНАЛИЗ ЭКГ В ПРОЦЕССЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Быков Е.С., Быченко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н. Орехов С.Д.

Табакокурение – тяжёлая зависимость, оказывающая широкий спектр воздействий на организм человека. Об этой проблеме человечеству известно уже давно, но актуальность исследований по выявлению негативных влияний не уменьшается и в настоящее время. В доступной литературе имеется огромное количество работ, посвящённых проблеме хронических эффектов табакокурения. Однако при анализе литературы нами не обнаружено работ, посвящённых исследованию динамики показателей ЭКГ непосредственно в процессе курения и сразу после его окончания.

Цель нашей работы – изучить изменения, происходящие на ЭКГ, в процессе выкуривания одной сигареты и после завершения курения.

Для решения поставленной задачи был обследован практически здоровый студент ГрГМУ в возрасте 19 лет, со стажем курения 3 года, с интенсивностью курения 1 пачка легких сигарет в день. В процессе исследования ЭКГ регистрировалась до курения, во время курения, а также на 3, 6 и 9 минутах после его завершения. Для эксперимента была взята сигарета с содержанием никотина 0,6 мг/сиг (используемые испытуемым ежедневно). Запись велась с помощью электрокардиографа «ЭК1Т-03М2» во втором стандартном отведении со скоростью 50 мм/с. Затем были измерены временные параметры всех ЭКГ циклов. Полученные вариационные ряды кардиоциклов анализировали методом кластерного анализа (K-means), при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

При анализе полученных данных на основании внутрикластерных и межкластерных дистанций было выделено 5 типов кардиоциклов. На основе распределение этих типов в записях ЭКГ и визуального анализа вариационных кривых было выделено несколько характерных фаз. Первая фаза – ожидание курения (перерыв 1,5 часа после предыдущей сигареты), характеризовалась преобладанием полиморфных кардиоциклов, что обуславливает выраженную субъективную концентрацию на потребности курения. На начальном этапе курения (25–30 с) наблюдалось сочетание полиморфных кардиоциклов и кардиоциклов с повышенной длительностью, свидетельст-

вующих о возрастании парасимпатического влияния. Далее следует фаза с устойчивым преобладанием кардиокомплексов с увеличенной длительностью большинства временных показателей ЭКГ (около 3 мин). Сразу после окончания курения отмечается выраженное усиление симпатического тонуса, а затем начинается постепенный возврат ЭКГ к показателям, характерным для спокойного состояния. Эта тенденция продолжается на 3, 6 и 9 минутах наблюдения. Различие между фазами высоко достоверно.

Выводы. Следовательно, ЭКГ позволяет достаточно четко выделить фазы острого воздействия табачного дыма на человека. Существенная динамичность ЭКГ при курении и его колебания при возврате к фоновым значениям может быть опасно для лиц с пограничными состояниями сердечно-сосудистой и нервной систем. Выделение кривых для каждого курильщика имеет практическое значение для оценки индивидуальных факторов риска в различные фазы курения. Учитывая, что никотиновые рецепторы отсутствуют в сердце, основные эффекты никотина необходимо связывать с его действием на различные уровни нервной системы.

Ограничения исследования: результаты получены на одном испытуемом и не сопровождаются методами, позволяющими динамично отследить изменения со стороны нервной системы.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Быков Е.С., Быченко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ассист. Бобрик А.В.

В настоящее время научные достижения клинической медицины невозможны без медицинской антропологии и ее методологии. Антропометрические методы исследования, лежащие в основе анатомической конституции и показателей физического развития, успешно применяются для выявления сопряженности со многими заболеваниями.

Цель исследования – установить отдельные конституциональные особенности у мужчин зрелого возраста с наиболее часто встречающейся патологией дыхательной системы.

Для достижения поставленной цели проведена антропометрия 69 мужчин, находившихся на стационарном лечении в больницах г. Гродно (областная, городская №1 и №2) в период с 2001 по 2003 гг., страдающих заболеваниями дыхательной системы: хронический бронхит, бронхиальная астма. Выборка больных проводилась по наиболее часто встречающимся нозологическим формам хронической соматической патологии. Контрольная группа – 91 мужчина зрелого возраста, не имеющие в анамнезе данной патологии и находившиеся на профилактическом осмотре в поликлиниках №2 и №3 г. Гродно в 2006 г. Больные с соматической патологией и контрольная группа, в анамнезе которых отсутствовала изучаемая патология, были исследованы по программе, включающей измерение наиболее часто используемых антропометрических показателей.

Наряду с абсолютными значениями антропометрических показателей, рассчитывался индекс Кетле. В основу соматотипирования был взят метод Н.А. Усоевой (1993 г.) с учетом лепто – и гиперморфности скелета по усредненному поперечно-продольному показателю [1]. Статистическая обработка полученных результатов проведена при помощи прикладного пакета Statistica 6.0.

В результате проведенного исследования у мужчин с заболеваниями дыхательной системы были выявлены определенные особенности в характере распределения значений антропометрических показателей: статистически достоверное увеличение длины тела, поперечного диаметра дистальных эпифизов костей голени и снижение остальных антропометрических показателей относительно представителей

контрольной группы.

Наряду с особенностями в характере распределения значений антропометрических показателей можно отметить, что для больных с изученной патологией дыхательной системы характерен мезоморфный тип телосложения с увеличением длины тела и снижением массы тела, но до нормальной степени упитанности.

Полученные в результате проведенных исследований результаты могут быть использованы в совокупности с другими конституциональными признаками в качестве маркеров предрасположенности к данным заболеваниям.

Литература:

1. Усоева, Н.А. Гармоничность и темпы физического и полового развития девочек-подростков и девушек разных соматотипов: автореф. дис. ... д-ра мед наук : 14.00.09; 14.00.01 / Н.А. Усоева. – Санкт-Петербург, 1993. – 34 с.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Быков Е.С., Быченко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ассист. Бобрик А.В.

В последнее время ученые все больше внимания уделяют частным проявлениям общей конституции, которые обусловлены наследственностью и проявляются через многие устойчивые фенотипические признаки, называемые маркерами. Задача клинической антропологии – уточнение диагностической значимости отдельных, наиболее информативных маркерных признаков, характеризующих предрасположенность к развитию тех или иных заболеваний, это позволит выделить группы риска по определенной патологии.

Цель исследования – установить отдельные конституциональные особенности у мужчин зрелого возраста с наиболее часто встречающейся патологией сердечно-сосудистой системы.

Проведена антропометрия 132 мужчин, находившихся на стационарном лечении в больницах г. Гродно (областная, городская №1 и №2) в период с 2001 по 2003 гг., страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы (стенокардия, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда). Выборка больных проводилась по наиболее часто встречающимся нозологическим формам хронической соматической патологии. Контрольная группа – 91 мужчина зрелого возраста, не имеющие в анамнезе данной патологии и находившиеся на профилактическом осмотре в поликлиниках №2 и №3 г. Гродно в 2006 г. Больные с соматической патологией и контрольная группа, в анамнезе которых отсутствовала изучаемая патология, были исследованы по программе, включающей измерение наиболее часто используемых антропометрических показателей. Наряду с абсолютными значениями антропометрических показателей, рассчитывался индекс Кетле. Соматотипирование проводилось по методу Н.А. Усоевой (1993 г.) с учетом лепто – и гиперморфности скелета по усредненному поперечно-продольному показателю [1]. Статистическая обработка полученных результатов проведена при помощи прикладного пакета Statistica 6.0.

В результате проведенного исследования у мужчин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы были выявлены определенные особенности в характере распределения значений антропометрических показателей: статистически достоверное увеличение значений длины тела, обхватных размеров грудной клетки и конечностей, поперечного диаметра дистальных эпифизов костей голени, а также снижением поперечного и сагиттального размера грудной клетки, кожно-жировых складок плеча, предплечья, бедра, голени, под лопаткой и на животе. Кроме того, у пациентов с данной патологией отмечено достоверное увеличение процента лиц с мезоморфным типом телосложения с тенденцией к ожирению I степени.

В результате проведенных исследований мужчин зрелого возраста с отдель-

ными проявлениями хронических заболеваний наиболее часто встречаемой соматической патологии выявлены достоверные отличия в отдельных показателях соматической конституции, что позволит в совокупности с другими предстоящими изучению конституциональными признаками выделять их как маркеры предрасположенности к данным заболеваниям.

Литература:

1. Усоева, Н.А. Гармоничность и темпы физического и полового развития девочек-подростков и девушек разных соматотипов: автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.00.09; 14.00.01 / Н.А. Усоева. – Санкт-Петербург, 1993. – 34 с.

ВЛИЯНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА, ВЫЗВАННОГО У БЕРЕМЕННЫХ КРЫС, НА СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА

Быков Е.С., Быченко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.б.н. Барабан О.В.

Внепечёночный холестаз появляется обычно в III триместре беременности. Он обуславливает развитие следующих осложнений: угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, преждевременные роды [1, 2]. При этом вопросы дальнейшего развития потомства, родившегося в условиях холестаза матери, изучены не достаточно.

Поэтому **цель работы** – установить структурные и метаболические изменения печени 15-суточных крысят, родившихся от матерей с подпечёночным холестазом, экспериментально вызванным на 17 сутки беременности.

Эксперимент проведен на 17 крысятах-самцах, 9 из которых родились в условиях холестаза, остальные от ложнооперированных самок, которые служили контрольной группой. Крысят контрольной и опытной групп по достижении ими 15-суточного возраста усыпляли и декапитуировали. Печень извлекали, иссекали на кусочки, которые фиксировали в жидкости Карнуа или замораживали в жидком азоте. Полученные парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином (для морфометрических исследований), галлоцианин-хромовыми квасцами (для выявления РНК) и по Шабадашу для обнаружения гликогена. Криостатные срезы обрабатывали на выявление активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), дегидрогеназы восстановленного НАДа (НАДН-ДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ф-ДГ) и кислой фосфатазы (КФ) [3]. Количественную оценку ширины гепатоцитов и размеров их ядер (площади, периметра и среднего диаметра), ширины просвета синусоидных капилляров, а так же активности изучаемых ферментов проводили при помощи компьютерного анализатора изображений «Bioscan NT 2.0», микроскопа «Axioscop 2 plus» и цифровой видеокамеры. Полученные результаты обрабатывали методами непараметрической статистики.

Проведенные морфометрические исследования ширины гепатоцитов, размеров их ядер, а также ширины просвета синусоидных капилляров не выявили статистически значимых изменений у опытных животных по сравнению с контрольной группой. Однако у крысят опытной группы отмечалось снижение активности изучаемых ферментов: СДГ на 43% ($p<0,05$), ЛДГ – на 21% ($p<0,05$), НАДН-ДГ – на 24% ($p<0,05$) и Г-6-ф-ДГ – на 60% ($p<0,01$). При этом активность КФ повысилась на 44% ($p<0,05$). Содержание РНК в гепатоцитах печени опытных крысят было на 27% ниже по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$), содержание полисахаридов также значительно снижалось.

Таким образом, экспериментально вызванный в поздние сроки беременности холестаз матери, негативно влияет на метаболические процессы в клетках печени потомства. В гепатоцитах снижается активность ферментов, отвечающих за энергетические процессы, вместе с этим активируются ферменты лизосом, отвечающие за процессы внутриклеточной регенерации. Подавляются синтетические процессы. Вы-

явленные изменения могут повлиять на нормальное функционирование печени потомства.

Литература:

1. Ковалева, Н.Б. Внутрипеченочный холестаз беременных: научное издание / Н. Б. Ковалева, И. Х. Байрамова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 36-39.
2. Линева, О. И. Холестатический гепатоз беременных: конспект врача / О.И. Линева // Медицинская газета. – 2005. – № 47. – С. 10-11.
3. Пирс, Э. Гистохимия теоретическая и прикладная / Э. Пирс.– Москва: Издательство иностранной литературы, 1962. – 962с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ “УЛИЧНЫХ ХУДОЖНИКОВ”, ИЛИ ГРАФФИТИ ОТ ДРЕВНОСТИ ДО НАШИХ ДНЕЙ...

Быков Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к. и. н. Чернякевич И.С.

Современный мегаполис немыслим без граффити. Каждый человек, живущий в большом городе и непрерывно находящийся в его среде, ежедневно сталкивается с многочисленными граффити, нанесенными на всевозможные плоскости городского ландшафта – результатами деятельности уличных художников. Многие из этих художников являются представителями граффити-культуры[2].

Термин происходит от итальянского “graffito” и означает царапину. Первые изображения были нанесены на стены пещеры костями или камнями. В Древней Греции найдены фрагменты глины, на которой были вырезаны примечания. В Помпеях обнаружили богатство настенных надписей, включавших лозунги выборов, рисунки, ругательства. Часто граффити использовали для ритуальных целей.

В 1904 был основан журнал «Anthropophyteia», который сосредоточился на тематике граффити. Позже, во время II Мировой войны, нацисты использовали письмо на стенах, чтобы вызвать ненависть к евреям и диссидентам. Однако подобные надписи были также важны для движения сопротивления как способ предать гласности их протесты.

Современное граффити развивалось с конца 1970-ых в Филадельфии и Нью-Йорке, где художники, такие как Taki 183, Julio 204, CAT 161 и Cornbread изображали свои имена на зданиях или в станциях метро вокруг Манхэттена. Наибольшую известность получили Lee, Dondi, Stayhigh 149 и Iz. Они специализировались на поездах, поэтому их надписи были замечены миллионами людей, постоянно курсировавших по городу. К середине 1980-ых в Нью-Йорке не было ни одного поезда, который не был когда-то зарисован, поэтому в 1986 г. местные власти предприняли шаги для защиты собственности. Они ограждали станции и регулярно полировали поезда.

Поскольку нью-йоркские авторы путешествовали по миру, граффити быстро распространились в других частях света, в том числе и в Европе. Однако первые выставки граффитистов прошли в Амстердаме и Антверпене. Надписи начали появляться в почти каждом европейском городе с начала 1980-ых. Раннее движение граффитистов в Амстердаме и Мадриде было связано с панк-культурой. Очень скоро, однако, граффити стали устойчиво ассоциироваться с хип-хоп-культурой.

Большинство надписей в ландшафте европейского города было основано на американской модели, которая остается самой популярной и по сегодняшний день. Азия и Южная Америка завоевали популярность позже, но их культура надписей теперь растет с феноменальной скоростью [1].

В Беларуси граффити-сцена сосредоточилась вокруг Минска начиная с 1997. Аэрозольные баллончики и журналы о граффити были в дефиците, поэтому важную роль в распространении играл интернет. Сейчас ситуация значительно улучшилась.

В целом уровень граффити в белорусских городах не уступает Российским и Украинским аналогам [3].

Малая изученность этого феномена в нашей стране актуализирует его исследование в рамках культурологии, философии, социологии, психологии и др.

Литература:

1. Ganz, N. Graffiti world. Street art from five continents / Ganz, N. – New York, 2004. – 376p.
2. Ponomarev, I. Objects2 / Ponomarev, I. – Москва, 2006. – 108p
3. <http://kyky.org/journal/articles/172> [режим доступа: 27.12.2010г., 19.23]

ИСТОРИЯ ГРОДНЕНСКОГО ЛЕЙБ-ГВАРДИИ ГУСАРСКОГО ПОЛКА

Быков Е.С., Быченко А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Военная кафедра*

Научный руководитель – начальник учебной части Дрокин А.В.

Во все времена российскому трону угрожала опасность. В связи с этим в 1721 г. императором Петром I была предпринята очередная попытка его защиты, заключающаяся в формировании Конного полка, который через год был переименован в лейб-регент, а в самом начале XIX века в – лейб-гвардии конный полк. Офицерский состав в гвардии, главным образом, состоял из представителей богатого, титулованного дворянства. Солдат набирали физически сильных, высокого роста, политически благонадежных.

Руководствуясь таким принципом укомплектования, 19 февраля 1824 по волеизлиянию российского самодержца был создан Гродненский лейб-гвардии гусарский полк. По утвержденному штату в нём имелось четыре эскадрона и пеший резерв. Организационно он входил в состав гвардейской кавалерийской дивизии резервного корпуса. Первым командиром полка по желанию царской семьи назначили Г.К. Штрэндмана.

Гродненский лейб-гвардии гусарский полк примечателен связью с именами выдающихся исторических личностей. Первый – подполковник М.С.Лунин. Декабрист, член союзов «Спасения и Благочестия», «Северного и Южного общества». Немногом более одного зимнего месяца 1838 г. в 4-м эскадроне пребывал великий поэт М.Ю.Лермонтов. В 1864 г. в полк молодым корнетом прибыл и через восемь лет убыл в Генеральный штаб М.Д.Скобелев – впоследствии известный военачальник, генерал-адъютант, один из героев русско-турецкой войны 1877-1878 гг.

После восстания декабристов 1825 г. царизм превратил гвардию в оплот реакции. Не случайно, а преднамеренно, шефами полка в разные периоды пребывали:

- Великий князь Константин Павлович Цесаревич, второй сын Павла I, главнокомандующий польской армией в 1820 г. Ему предоставлялось безраздельное право выбора командира и офицеров полка;
- Его Императорское Высочество Наследник, Цесаревич и Великий князь Николай Александрович. Старший сын Александра II, наследник престола;
- Великий князь Павел Александрович. Сын Александра II;
- Германская императрица Августа-Виктория.

Таким образом, шефством высокопоставленных особ достигались дополнительные гарантии в верности престолу элитарной верхушки вооруженных сил. Поэтому главное предназначение лейб-гвардии сводилось к защите трона от внешних и внутренних врагов, а это означало участие в войнах, в подавлении бунтов, мятежей, восстаний внутри империи.

Первое боевое крещение гродненские лейб-гвардейцы получили при усмирении польского мятежа 1830-1831 гг. На протяжении 1863-1864 гг. полк привлекался к проведению боевых операций против польских повстанцев под Будой Заборовской (близ Варшавы), при местечке Даликове, у деревень Калушине и Мени, у реки Варты под Крушинами, у деревни Игнацево, что неподалеку от Лодзи.

Самым крупным событием второй половины XIX века была русско-турецкая война 1877-1878 гг., в которой гродненские лейб-гвардейцы сумели отличиться. Именно благодаря им была занята София, занят Трояновский перевал, разгромлена армия Сулейман-паши. За доблесть и мужество полку 6 июля 1878 г. пожаловали Георгиевский штандарт с надписью: «За отличие в турецкую войну 1877-1878 гг.»

В первую мировую войну все гвардейские полки понесли значительные потери, вследствие чего существенно изменился их социальный состав.

В 1918 г. гвардия была распущена в связи с ликвидацией царской армии.

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ СКРИНИНГОВОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У СТУДЕНТОВ-СПОРТСМЕНОВ

Быкова Н. В., Василюк А.П.

Гродненский государственный университет им. Янки Купалы, Беларусь

Кафедра спортивной медицины и ЛФК

Научный руководитель – к.м.н., доц. Шпаков А.И.

Высокая распространенность аллергических заболеваний, которая год от года неуклонно растет, в последние десятилетия является одной из основных проблем общественного здравоохранения во всем мире, а также предметом изучения в различных региональных и международных эпидемиологических и клинических исследованиях. Согласно официальной статистике, в Европе аллергическими заболеваниями страдают от 10 до 15% населения. В Беларуси этот показатель составляет 3–15%. Однако истинная заболеваемость намного выше, ибо обращаемость населения имеет место в случаях сформировавшегося заболевания, ранние же симптомы болезни часто остаются не выявленными.

В ходе проведения глобального ISAAC-исследования было установлено, что астма и аллергические дерматозы распространены повсеместно, и показатели распространенности ежегодно увеличиваются, более высокий уровень отмечается в развитых англоязычных странах, наименьший – в странах Восточной Европы. Практика последних десятилетий показала, что среди спортсменов также встречаются случаи выявления бронхиальной астмы, в частности, в форме физического напряжения (БАФН) и аллергические дерматозы, которые по известным причинам нередко игнорируются. По данным последних исследований, количество спортсменов с бронхиальной астмой физического напряжения (БАФН) будет не уменьшаться, а увеличиваться в связи с ростом как массовости спорта, так и распространенности аллергических заболеваний в целом.

Целью нашего эпидемиологического исследования явилось изучение распространенности данной группы патологических состояний среди молодежи, активно занимающейся спортом. На основе русскоязычной версии анкеты ISAAC проанализированы сокращенные "либеральные критерии" выявления скрытых форм аллергических состояний у 521 студента-спортсмена.

Диагноз бронхиальной астмы был установлен врачом в 1% случаев, проявления кожной аллергии наблюдались в 3,4% случаев, что в целом характерно для официальной статистики. С использованием "либеральных критериев" предрасположенности к бронхиальной астме и аллергическим дерматозам нами выявлены «группы риска», которые среди обследованных студентов-спортсменов составили, соответственно, 3,1% и 7,1%. Наряду с этим, воспаление легких в целом в когорте диагностировалось в 13,4% наблюдений. В то же время, в первой «группе риска» этот показатель превышал 15%, а во второй группе риска колебался в пределах 13%. При среднем показателе распространенности хронического бронхита среди всех респондентов (6,7%) в первой «группе риска» встречаемость данной патологии была в 4,5 раза выше и составила 35%, во второй «группе риска» – 13,5%. Хронический обструктивный бронхит (под который нередко маскируется бронхиальная астма) установлен в первой «группе риска» в 10% случаев (на общем фоне встречаемости 2,5% всей

обследованной когорты). Диагноз аллергического дерматита устанавливался в 5,2% всех наблюдений, однако в первой «группе риска» он практически не наблюдался, а во второй – встречался в 4 раза чаще. 20% респондентов в первой «группе риска» отметили у себя аллергический ринит, во второй – 8,1% (на общем фоне встречаемости 2,3% когорты).

Самооценка состояния здоровья как плохое и среднее отмечено у 26,6% респондентов, что нередко указывает на обусловленность снижения уровня здоровья за счет скрытых и явных проявлений бронхиальной астмы и аллергических дерматозов.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ЛИЧНОГО СОСТАВА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Быченко А.В., Быков Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – Дрокин А.В.

Большие успехи военно-медицинской службы в Великой Отечественной войне не были достигнуты благодаря самоотверженному труду ее личного состава. В годы войны окончательно сложилась эффективная система специальной подготовки всех категорий медицинского состава. Опыт, накопленный в этом отношении, представляет несомненный интерес для военных врачей.

Руководство медицинской службы Красной Армии в годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне, проводило мероприятия по расширению и углублению подготовки военных врачей и фельдшеров в военно-медицинских учебных заведениях, повышению их квалификации на окружных курсах усовершенствования медицинского состава. Несмотря на большую работу в этом направлении, в начале войны возникли трудности, связанные с недостаточной подготовленностью медицинских кадров к работе в военных условиях.

Для решения этой проблемы необходимо было подготовить ряд руководящих документов, учебников и пособий.

На основе изучения уровня подготовленности медицинских кадров, соответствия его задачам, решаемым различными звеньями медицинской службы, и всестороннего обобщения опыта специальной подготовки, накопленного за начальный период войны, Главное военно-санитарное управление (далее – ГВСУ) установило единую обучающую систему, имеющую целью плановую и постоянную специальную подготовку всего медицинского состава.

Согласно этой системе вначале обучаемые получали знания и необходимые навыки, позволяющие им приступить к практической работе в войсковой части. В последующем полученные знания и практические навыки должны были расширяться, углубляться и совершенствоваться. Занятия по всем видам подготовки носили сугубо практический характер. В основу методики подготовки рекомендовалось положить грамотный рассказ в сочетании с умелым показом, настойчивое исправление ошибок и тренировку обучаемого до степени отличного усвоения. В дальнейшем подготовка медицинского состава в тылу страны стала проводиться по тем же программам, что и в действующей армии.

В 1942 г. ГВСУ были выпущены 19 программ по обучению медицинского состава, а также еще ряд полезной литературы. Массовым тиражом были выпущены и доведены до медицинского состава официальные документы, регламентирующие деятельность медицинской службы во время войны: проект «Наставления по санитарной службе Красной Армии», «Указания по военно-полевой хирургии», «Руководство по работе в эвакуационных госпиталях», «Руководство по работе в батальонах выздоравливающих», «Руководство для ротных санитаров и санитаров-носильщиков» и др. Подготовка и издание литературы такого типа проводилась постоянно до самого конца войны.

Весь личный состав медицинской службы правильно понимал значение специальной подготовки. В докладе III пленуму госпитального совета Наркомздрава СССР в 1943 г. начальник ГВСУ Е. И. Смирнов по этому поводу сказал: «Наши медицинские работники требуют в один голос: «Учиться!» У всех имеется одно желание – повысить свои знания для того, чтобы лучше и быстрее лечить раненых и больных, чтобы меньше допускать ошибок в таком сложном деле, каким является медицина, особенно военная».

Опыт организации и проведения специальной подготовки медицинского состава в годы Великой Отечественной войны заслуживает дальнейшего изучения, анализа, обобщения, и использования в интересах военно-медицинской службы мирного времени.

КАЧЕСТВЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОДНЫХ РЕСУРСОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ НА ПРИМЕРЕ РЕКИ НЕМАН

Быченко А.В., Быков Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.б.н, доц. Зиматкина Т.И.

Значение воды в нашей жизни трудно переоценить. Многие века водные ресурсы были легкодоступными и их запасы на Земле считались неисчислимыми. Но сегодня около 2 миллиардов человек испытывают «водный голод» и обеспокоены проблемами, связанными с обеспеченностью качественной водой. Ежегодно в мире умирает около 6 тысяч детей от болезней, связанных с употреблением некачественной воды. Поэтому Генеральная Ассамблея ООН объявила период с 2005 по 2015 год Международным десятилетием действий «вода для жизни» [1].

Уж чем-чем, а пресной водой наша страна не обделена. В Беларуси насчитывается 20,8 тыс. рек и ручьев с общей длиной 90,6 тыс. км., свыше 10 тыс. озер, а также около 150 крупных и 1,5 тыс. небольших водохранилищ. Этих ресурсов в настоящее время пока достаточно для удовлетворения потребностей населения, промышленности и сельского хозяйства, но их состояние с каждым годом ухудшается. Это связано с недостаточной степенью очистки сбрасываемых в водные экосистемы промышленных, коммунальных и сельскохозяйственных стоков, а также загрязнением воздушного бассейна и почв. В связи с этим проблема обеспеченности качественной водой актуальна и для Беларуси, а цель Водной стратегии нашей страны на период до 2020 года заключается в сохранении чистоты природных вод [1]. Особого внимания заслуживают трансграничные водные экосистемы, особенно реки, протекающие по территории нескольких государств. Для Гродненского и Минского регионов особо важно экологическое состояние реки Неман.

В настоящее время контроль качества поверхностных вод Немана осуществляется на 53 пунктах вблизи выпусков сточных вод очистных сооружений и субъектов хозяйствования. Из них 14 имеют нормативно-чистые выпуски, не требующие дополнительной очистки, 28 – очищенные на очистных сооружениях (21 – с помощью биологической и 7 – механической очистки) и 11 – ливневых. По данным режимных наблюдений, качество воды Немана в последние годы соответствует категории «относительно чистая» [2].

В структуре выявленных превышений предельно допустимых концентраций наибольший процент составляют элементы с высоким региональным фоном в природных водах (общее железо, соединения меди и марганца, содержание которых на 2,5% выше нормы). Периодически выявляются превышения по биогенным элементам (количество соединений азота и фосфора превышено на 2%) и биологическому содержанию кислорода [2]. Всё это может способствовать нарушению здоровья, начиная от аллергических реакций до увеличения риска инфарктов и негативного влияния на репродуктивную функцию.

В последнее время для предупреждения возможного загрязнения реки было

проведено строительство новых очистных сооружений в Гродно, Лиде, Щучине, Берестовице, Слониме и Зельве, проведена реконструкция очистных сооружений завода металлоизделий в Новогрудке, гальваностоков на ПЧУП "Фильтр" ООО "БелТИЗ". Кроме того, серьезное внимание уделяется вопросу организации систем накопления и утилизации навозосодержащих стоков на животноводческих фермах и комплексах [2].

Таким образом, можно сделать заключение о том, что в защите водных источников и обеспеченности потребителей качественной водой в нашей стране, и в Гродненском регионе, в частности, наметилась положительная тенденция, но до идеального состояния еще далеко.

Литература:

1. Муравский, С. Вода для жизни / С. Муравский // Родная прырода. – 2010. – № 11. – С. 3–5.
2. <http://rad.org.by/> [режим доступа: 07.02.2011г., 15.36]

ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НОВОРОЖДЕННЫХ

Вайтехович Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – ассист., Хмеленко А.В.

Интенсивное развитие неонатологии и реаниматологии сделало возможным выживание детей, родившихся глубоко недоношенными, перенесших гипоксию в родах и имеющих признаки внутриутробного или интранатального инфицирования, а также родившихся с тяжелыми врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта и/или сердечно-сосудистой системы, что привело к росту данной патологии.

Объектом исследования являются дети (24 ребенка, из них – мальчиков – 15 (62,5%), девочек – 9 (37,5%)) возраст которых при поступлении составил от 1 до 17 суток. Большинство детей (18-75,0%) родились недоношенными в сроке от 180 дней (в среднем – 228 ± 14 суток), с весом от 880 грамм (в среднем – 21060 ± 250 гр.).

Цель исследования: проанализировать особенности клинической картины и лечения больных с НЭК.

Задачи исследования: изучить основные клинические проявления НЭК у новорожденных детей; оценить существующие методы диагностики и лечения больных с НЭК; оценить целесообразность использования малоинвазивных методов лечения НЭК.

Методом работы является анализ медицинской документации пациентов за период с 2001 по 2009 гг., находившихся на лечении по поводу НЭК.

Результаты работы: исследована стадийность процесса и показания к проведению оперативного вмешательства.

Выводы:

1. НЭК является "болезнью выживших недоношенных", поэтому количество больных с этой патологией будет неизбежно расти параллельно повышению выживаемости глубоко недоношенных новорожденных, а также детей группы риска.

2. Лучевые методы диагностики (УЗИ, рентгенография) остаются основными методами диагностики для определения нуждаемости пациента в хирургическом лечении. Показаниями для хирургического вмешательства являются признаки перфорации полого органа брюшной полости (наличие свободного газа и жидкостного содержимого в брюшной полости), образование инфильтрата с явлениями кишечной непроходимости.

3. Операцией выбора у больных с НЭК является экономная резекция пораженных отделов кишечника с наложением кишечных стом. Стомы необходимо закрывать не позднее 3-4 недель после их наложения.

Литература:

1. Х.Н. Мухитдинова, Э.А. Сатвалдиева, Х.А. Акилов, Г.Ш.Хамраева. Вопросы ранней диагностики и интенсивной терапии некротического энтероколита у детей раннего возраста // Вестник экстренной медицины. – №3. – 2009. – С. 78-83.
2. Головкин О.К., Левицкая Е.М., Линчевский Г.Л. Особенности ведения новорожденных с некротизирующим энтероколитом.// Арх. клин. и Экспер. мед 2002; 11 (2): 2 41-244.
3. Красовская Т.В., Кобзева Т.Н. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорождённых: метод. рекомендации. М 2001; 23-28.
4. Н.Н. Володин. Неонатология : нац. руководство. Москва, 2008.
5. С.В. Ионушине, Т.В. Красовская, В.А. Новожилов, Е.И. Кикина, А.Ю. Кузьмин. Значение сочетаний факторов риска в развитии некротического энтероколита у новорожденных детей // Вопросы современной педиатрии, 2003.- Т.2.- №1.- С.41-44.

К ВОПРОСУ О ВТОРИЧНЫХ АППЕНДИЦИТАХ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

Валентюкевич А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Меламед В.Д.

Одной из актуальных проблем ургентной хирургии остается диагностика острого аппендицита, клиническая картина которого может манифестироваться различными (около 100) заболеваниями. По данным различных авторов, 10 – 50% червеобразных отростков удаляется без воспалительных изменений при интраоперационной оценке.

Цель работы – обосновать целесообразность выполнения аппендэктомии при вторичном аппендиците.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 44 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно, которым были выставлены показания к аппендэктомии, а в клиническом диагнозе выставлен вторичный аппендицит. Из них 6 мужчин и 38 женщин, средний возраст составил 27,7 лет.

Результаты и обсуждение. Жалобы на боли по всему животу, в правой подвздошной области и нижних отделах живота были, соответственно, в 21 и 11% случаев, диспепсические расстройства, тошнота и рвота, имели место у 10 человек. Температура тела, носящая субфебрильный характер, была у 6 пациентов. При исследовании живота дефанс мышц, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона, Раздольского были зарегистрированы у 32 больных (72,7%), перитонеальные симптомы – у 25 пациентов (56,8%). В лабораторных показателях количество лейкоцитов свыше $9,0 \times 10^9/\text{л}$ отмечено у 27 больных (61,4%). Ректально-вагинальные методы исследования отражены во всех историях болезней, 22 пациентки были консультированы гинекологом. Среднее время от поступления до операции составило 3,4 часа.

Оперативный доступ у 43 больных осуществлен по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову, из них у 13 в последующем выполнена срединная лапаротомия, параректальный доступ справа был применен у одного пациента. При анализе протоколов операций наиболее часто (72,7%) были диагностированы острые гинекологические заболевания (разрыв кисты яичника – у 20 пациенток, сальпингит – у 9, аднексит – у 2, внематочная беременность – у 1), у 7 (9,1%) больных – мезаденит, по 2 раза отмечалась болезнь Крона, перфоративная язва 12-перстной кишки и забрюшинная гематома, в единичных наблюдениях выставлялся диагноз спаечной кишечной непроходимости, перекрут и некроз жировых привесок сигмы. Всем больным симультанно выполнялась аппендэктомия по поводу вторичного аппендицита. В послеоперационном периоде интраабдоминальных осложнений и нагноений послеоперационных ран не регистрировалось, средний койко-день составил 10,1. При анализе гистологиче-

ских исследований удаленных червеобразных отростков было констатировано наличие хронического аппендицита в 21, флегмонозного – в 5, вторично-катарального – в 6, простого – в 5, поверхностного аппендицита – в 7 случаях.

При ретроспективном исследовании, проведенном методом анкетирования, установлено удовлетворительное состояние бывших пациентов. Наличие болей, подобных до операции, отметили 4 пациентки, связывая их с патологией женской половой сферы; гипертрофические изменения со стороны послеоперационного рубца – у 5 больных.

Необходимо отметить высокий процент расхождения интраоперационной оценки изменений в червеобразном отростке и гистологических заключений (по данным ряда авторов, до 30 – 58%).

Выводы. Учитывая полученные результаты (в том числе данные гистологических исследований), следует признать, что так называемая попутная аппендэктомия при вторичном аппендиците является оправданной в конкретной клинической ситуации, несмотря на отдельные публикации о возможных осложнениях после ее проведения.

АБАВЯЗКОВЫЯ НОРМЫ І ПАТРАБАВАННІ ПРЫ ПРАЦЫ З ТЭРМІНАМІ

Варанец А.В.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь

Кафедра рускай і беларускай моў

Навуковы кіраўнік – старшы выкладчык Варанец В.І.

Працэс складання руска-беларускіх медыцынскіх слоўнікаў знаходзіцца ў самым пачатку свайго развіцця. Але гэтая дзейнасць паступова набірае сілу. І каб прадухіліць памылкі, зробленыя ў першых слоўніках такога тыпу, трэба добра засвоіць менавіта нормы і патрабаванні да стварэння або выкарыстання таго ці іншага тэрміна. Дадзенае пытанне ніколі не ўзнімалася ў беларускай медыцынскай лексікаграфіі, і таму прапануемы артыкул будзе карысным як для складальнікаў тэрміналагічных слоўнікаў, так і для ўсіх прыхільнікаў беларускай мовы.

Пры працы з тэрмінамі, складанні тэрміналагічных слоўнікаў трэба абавязкова прытрымлівацца пэўных нормаў, уласцівых выключна самім тэрмінам. Вылучаюцца наступныя патрабаванні да тэрмінаў.

* поўная дакладнасць прыкмет азначаемага паняцця. Тэрмін павінен указваць на спецыфіку азначаемага паняцця.

* трываласць зместу. Кожнаму слову адпавядае толькі адно паняцце, рухавасць тэрміна недапушчальна: лытка, вялікагалёнкавы, адзёр.

* тэрмін павінен быць адназначным: альяс – шматгадовая травяністая трапічная расліна з тоўстым мясістым лісцем, якая выкарыстоўваецца ў медыцыне; выкрут – зрушэнне косці ў суставе, а таксама месца, дзе адбылося такое зрушэнне; прыдалонне – частка верхняй (пярэдняй) пяціпальцавай канцавіны хрыбетнікаў, размешчаная паміж локвіцай і пясцю.

* тэрміны павінны быць поўнасю пазбаўлены сінаніміі. Хаця дпапускаецца існаванне некалькіх варыянтаў намінацыі аднаго і таго ж паняцця. Часцей за ўсё гэта звязана з розным паходжаннем тэрмінаў: атлант – першахрыбетка, эрэкцыя – юр, мышца – цягліца.

* абавязковай нормай для тэрмінаў павінна быць сістэматычнасць, з якой звязана яго матываванасць, г.зн. семантычная празрыстасць, якая дае магчымасць скласці ўяўленне аб названым тэрміне, навуковым паняцці.

* уласцівай рысай тэрмінаў з’яўляецца сцісласць. Груваскасць абцяжарвае функцыянаванне тэрміна, яго апісальны характар. Сціслы варыянт, але функцыянальна раўназначны варыянт абазначэння дадзенага навуковага паняцця. У сціслым варыянце павінны мець месца сістэматызуючыя прыкметы: лексічнае скарачэнне – адно слова або прапускаецца, або словазлучэнне замяняецца адным словам, утвораным на базе гэтага словазлучэння; скарачэнне сродкамі словаўтварэння – абрэвіяцыя

рознага тыпу (СНІД – сіндром набытага імунадэфіцыту, ДЦП – дзіцячы цэрэбральны параліч, ЦНС – цэнтральная нервовая сістэма).; скарачэнне сродкамі сімволікі, што характэрна і тыпова толькі для тэрмінаў)

* распаўсюджанасць, ужывальнасць тэрміна.

* у сувязі з новымі тэхналогіямі тэрмін павінен адпавядаць часу, паступова пазбаўляючыся ад старых назваў: бугарчатка (сухоты), дуцік (ампула), шчапа (сухажылле).

* зручнасць вымаўлення, адсутнасць ілжывых асацыяцый: адзёр (назоўнік) – аддзёр (дзеяслоў)

Літаратура:

1. Антонюк Л.А. Белорусская научная терминология (формирование, структура, функционирование). – Мн., 1987.

2. Варанец В.І. Руска-беларускі, беларуска-рускі слоўнік медыцынскіх тэрмінаў. Гродна. 2001.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАСУИЦИДЕНТОВ

Васкевич Е.А., Дравица Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Карпук В. А.

Актуальность. Суициды входят в первую десятку причин смерти и наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Ежегодно в мире более 1,4 млн человек кончают жизнь самоубийством [1]. В 2009 году число суицидов в стране составило 28,5 случая на 100 тыс. населения. Это более чем в полтора раза больше среднемирового уровня. Уровень суицидов среди мужчин в Беларуси в 5,3 раза превышает уровень суицидов среди женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, на одно самоубийство приходится восемь-десять парасуицидов. В Беларуси ежегодно совершают попытки самоубийства около 30 тысяч человек. В связи с вышеизложенным, очевидна актуальность изучения личностных особенностей парасуицидентов для разработки программ суицидальной превенции.

Цель исследования. Выявить преобладающие свойства личности, имеющие первостепенное значение в формировании суицидоопасного поведения у мужчин, проживающих в г. Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 38 парасуицидентов, поступивших в Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» в период с марта 2010 по январь 2011 года в связи с совершением суицидальной попытки. В исследование включались лица только мужского пола. Критерии суицидального акта соответствовали критериям суицидальной попытки (парасуицида), рекомендованным ВОЗ в 1982 г. Группа контроля соответствует исследуемой группе по возрасту, ее составили 31 испытуемый мужского пола. В качестве основного инструмента исследования применялись клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы (опросник FPI).

Результаты исследования. С использованием непараметрического критерия Манна-Уитни у группы парасуицидентов и группы контроля получили следующие результаты по шкалам, соответственно: «невротичность» (6; 4,7), «спонтанная агрессивность» (4,6; 5,5), «депрессивность» (6,79; 4,87), «раздражительность» (6; 5,5), «общительность» (3,7; 4,3), «уравновешенность» (5,2; 4,6), «реактивная агрессивность» (6; 6,1), «застенчивость» (6,4; 4,6), «открытость» (6,5; 6,8), «экстраверсия-интраверсия» (4,6; 5,4), «эмоциональная лабильность» (6; 4,6), «маскулинизм-феминизм» (4,4; 5,9). Дискриминантный анализ выявил группу из трех факторов, между которыми имеются наиболее значимые для прогнозирования суицидального поведения корреляционные связи (алкоголь, депрессия, протекание психической деятельности по женскому типу).

Выводы:

1. Выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) различие между группой парасуицидентов и контрольной группой, уровни признаков «Депрессивность», «Невроticность», «Застенчивость», «Лабильность» в группе парасуицидентов выше чем в контрольной. Для признаков «Маскулизм-Феминизм» низкие значения в группе парасуицидентов.

2. С помощью методов дискриминантного анализа была получена классификационная функция, позволяющая отнести респондента к группе парасуицидентов или группе контроля. При этом точность классификации составляет 77%.

Литература:

1. Декария Р., Айзенберг Л., Гуд Б., Клейнман А. Охрана психического здоровья в мире. Проблемы и приоритеты в развивающихся странах. – Киев, 2001.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Васкевич Е.А., Соболевский С.И., Зиматкина О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Карпук В. А.

Шизофрения представляет собой хроническое психическое расстройство, которым болеет примерно 1% взрослого населения. Число людей страдающих шизофренией в нашей стране, приближается к 80 тысячам [1]. Существующие объективные клинические критерии не позволяют в полной мере оценить степень тяжести этого заболевания и эффективность терапии, поскольку конечная оценка дается через призму субъективного мнения врача. Исследование качества жизни позволяет ввести субъективный фактор самого пациента – переживания, его ощущения и поведение, что позволяет с большей степенью достоверности оценить характер патологии и эффективность методов лечения.

Целью исследования является комплексная оценка показателей качества жизни пациентов, страдающих шизофренией, проживающих в Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГОКЦ «Психиатрия-наркология». В исследовании приняло участие 30 пациентов, страдающих шизофренией. В качестве диагностических использовались критерии МКБ-10. Для оценки качества жизни использован опросник SF-36 (Health Status Survey), позволяющий представить интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии.

Результаты исследования. При анализе субъективной оценки качества жизни пациентов, страдающих шизофренией, с помощью методики SF-36, получены следующие результаты.

По показателям физического компонента здоровья: по шкале «физического функционирования» (диапазон посильной физической активности) $71 \pm 9,85$ баллов; по шкале «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» $23,33 \pm 12,68$ баллов; по шкале «общего состояния здоровья» $51,13 \pm 7,07$ баллов, по шкале интенсивности боли- $63,67 \pm 13,24$ баллов. По показателям психологического компонента здоровья получены следующие результаты: по шкале «жизненная активность» $49,5 \pm 3,55$ баллов; по шкале «ролевое эмоциональное функционирование» $40,73 \pm 14,88$ баллов; по шкале «психическое здоровье»- $49,87 \pm 6,34$ баллов; показатель социальной активности составил у обследуемых $48,5 \pm 5,35$ баллов.

Выводы. Представленные данные свидетельствуют о том, что уровень качества жизни пациентов, страдающих шизофренией, оцениваемый с помощью опросника SF-36 (Health Status Survey) характеризуется низкой субъективной оценкой качества жизни пациентами практически во всех сферах жизнедеятельности. Наличие заболевания заметно сказывается в нарушении функционирования пациентов в меж-

личностных, семейных сферах, сексуальных и родственных взаимоотношениях, физическом и психологическом состоянии, а также организации свободного времени и проведения досуга.

Литература.

1. Психиатрия для всех /Р.А. Евсегнеев.-2-е изд.-Мн.:Беларусь, 2008.-478с
2. Опыт применения Витебского опросника для оценки качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями/В.П. Адаскевич, А.В. Пуртов,2004

АНАЛИЗ РАБОТЫ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТОВ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ПО РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ФОНОВЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Васкевич Е.А., Насевич Е.В., Бондаренко С.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – Головокова Е.В.

Смотровые кабинеты имеются в большинстве городских и сельских поликлиник и являются структурным подразделением поликлиники. Их основной задачей является проведение профилактических осмотров женщин от 18 лет с целью раннего выявления злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний визуальных локализаций (наружные половые органы, молочная железа, периферические лимфатические узлы, прямая кишка). Благодаря деятельности женских смотровых кабинетов удельный вес активно выявленных больных раком шейки матки среди зарегистрированных больных достигает 40%.

За последние 10 лет отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями органов женской репродуктивной системы следующих локализаций: рак тела матки, рак шейки матки и рак яичников. Первое место в структуре бесплодия занимают воспалительные заболевания репродуктивных органов у обоих супругов. Исходом воспалительных заболеваний женской половой сферы часто является непроходимость маточных труб, которая служит причиной бесплодия в 30% случаев. Эта патология с трудом поддается лечению, поэтому весьма значима роль профилактики и своевременной диагностики.

Цель. Проанализировать работу смотрового кабинета областного центра и наметить пути совершенствования его деятельности по ранней диагностике воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациентки одного из смотровых кабинетов областного центра республики. Применен сплошной ретроспективный метод для анализа всех случаев обращения в смотровой кабинет девушек 18–19 лет. Для этого произведена выкопировка интересующих сведений из журналов смотровых кабинетов за три года. Общее число наблюдений – 651 пациентка.

Результаты. В ходе исследования установлено, что патология половых органов выявлена у каждой 7-й осмотренной женщины. Уровень гинекологической заболеваемости составил 148,2 случая на 1000 женщин. В структуре заболеваемости преобладали эрозия шейки матки (93‰), уреаплазмоз (28‰), аднексит (10,6‰), трихомонадный кольпит (5,3‰)

Выявлены различия показателей в зависимости от семейного положения, трудовой занятости и образования. В частности, распространенность выявленной патологии у незамужних регистрируется в 2,3 раза чаще относительно замужних ($P < 0,05$), в 1,2 раза чаще у занятых на производстве по сравнению с неработающими ($P > 0,05$) и в 1,1 раза реже у лиц с более высоким образованием ($P > 0,05$).

В разрезе отдельных нозологических форм прослеживается более высокий уровень распространенности эрозий у незамужних (50,5‰), чем у замужних (12‰), $P < 0,05$; уреаплазмоза у незамужних (37,2‰) по сравнению с замужними (13,8‰), $P < 0,05$ и аднексита ($P > 0,05$).

Таким образом, анализ работы смотрового кабинета показал высокий процент выявляемости воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний у девушек 18–19-летнего возраста.

Литература:

1. Залуцкий, И.В. Методология скрининга предопухолевых заболеваний и опухолей шейки матки, тела матки и яичников / И.В. Залуцкий, Е.Е. Вишневская. - 2005 г.
2. Антипова, С.И. Роль профилактических медицинских осмотров населения Беларуси в раннем выявлении злокачественных новообразований / С.И. Антипова, Н.Г. Шебеко // Медицина. - 2010. - №3. - С. 13-18

ЭПОХА РЕФОРМАЦИИ В БЕЛАРУСИ: ОБЩЕМИРОВОЙ И НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ **Вашкевич Е.К.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра гуманитарных наук
Научный руководитель – к.и.н., доцент Стасевич Н.П.*

Реформация (от лат. reformatio – исправление, восстановление) – массовое религиозное и общественно-политическое движение Западной и Центральной Европе XVI – начала XVII вв., направленное на реформирование католического христианства в соответствии с Библией.

Ее началом принято считать выступление доктора богословия Виттенбергского университета Мартина Лютера: 31 октября 1517 года он прибил к дверям виттенбергской Замковой церкви свои «95 тезисов», в которых выступал против существующих злоупотреблений католической церкви, в частности против продажи индульгенций.

Основными причинами Реформации являлись преодоление феодальной раздробленности и возникновение централизованных государств, недовольство различных слоев населения Европы моральным разложением католической церкви, которое сопровождалось экономической и политической монополизацией и др.

Беларусь, в XVI входившая в состав ВКЛ, активно включилась в Реформацию. Способствовали этому предшественники Реформации – гуситы (в 1413 г. Беларусь посетил Иероним Пражский, друг чешского реформатора Яна Гуса, и основал первые общины гуситов), а также то, что многие белорусы учились в университетах Праги, Виттенберга, Кенигсберга, Лейпцига.

В 20-30-е гг. XV века влияние гуситов в ВКЛ усилилось, и в 1436 году для борьбы с ними ввели инквизицию. Однако белорусская шляхта единодушно выступила против попыток ограничить свободу вероисповедания в стране.

В 1517 году Франциск Скорина начал печатать в Праге Библию на белорусском языке, заложив этим основы стремительного распространения Реформации в Беларуси.

Реформация набирала обороты, и в 1535 г. в Слуцке была выделена земля под строительство первого в Беларуси лютеранского храма. А в 1553 г. Микалай Радзивил Черный, канцлер ВКЛ, открыто стал последователем кальвинизма и основал протестантские церкви в Бресте, Вильне и Несвиже. Пример Радзивила подействовал на шляхту: вскоре сторонниками Реформации стали магнаты Воловичи, Глебовичи, Сапег и др. Также поддерживали реформацию и многие представители католического и православного духовенства.

В 50-е годы евангельская церковь разделилась на "большой збор" и "меньший збор" из-за споров о Троице и крещении детей. В результате в 1565 г. впервые в Беларуси в имении Радзивила Черного Венгрове было совершено крещение по вере.

Символом того, что Реформация в ВКЛ имеет прочные позиции, стала отмена Городельского привилея 1413 года, ограничивающего права не католиков. Вскоре после этого в Сенате Великого Княжества подавляющее большинство мест заняли евангельские христиане.

В январе 1573 года белорусская и польская шляхта приняли акт Варшавской

конфедерации, в котором пропагандировалось мирное сосуществование разных конфессий и недопущение религиозных конфликтов. ВКЛ стала известна в Европе как страна, где каждый мог свободно исповедовать свою веру.

Всего на протяжении второй половины XVI в. в Беларуси открылось около 300 евангельских церквей и множество начальных школ, продвигающих идеи Реформации. Реформация спровоцировала экономический подъем, и поэтому XVI век историки до сих пор называют Золотым Веком Беларуси.

Деятельность реформаторов вызвала ответную реакцию со стороны Католической Церкви, которая получила название Контрреформации. Ей явился комплекс мер, предпринятых в ходе реформ Римско-католической церкви в XVI – XVII вв., направленных на подавление протестантской Реформации и возвращение территорий и населения, отпавших от католичества.

Литература: по материалам конференции "Рэфармацыя і залаты век Беларусі" Минск, 1 июня 2002 г.; журнал «Христианская культура» №3, 2003 г.; «Краткий Катеизис» Мартин Лютер (World wide printing Duncanville, USA 1998).

ВКУСОВЫЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ И АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ Г. ГРОДНО

Веракисч Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – д.м.н., проф. Парамонова Н.С.

Рациональное питание является одним из основных факторов, ответственных за сохранение здоровья человека. Для детей школьного возраста это имеет особое значение в связи с особенностями роста и развития в этот период, а также с интенсивной учебной нагрузкой [1].

Цель исследования: на основе комплексного изучения состояния питания детей школьного возраста, выявить основные закономерности формирования пищевого поведения и алиментарно-зависимых заболеваний.

Была проведена комплексная оценка фактического питания и состояние здоровья 150 школьников г. Гродно. Исследование проводилось анкетно-опросным методом с помощью специально разработанных анкет. Для получения информации о состоянии фактического питания использовался частотный метод, основанный на регистрации частоты потребления продуктов и блюд за месяц по списку, включающему 67 наименований с оценкой количества потребления. Для получения достоверных результатов в анкетном опросе участвовали родители первоклассников.

Как показали исследования, около 4% первоклассников и 7,6% 10-классников питаются 1-2 раза в день. 62,0% из них, независимо от возраста, на завтрак отдали предпочтение бутербродам. Чаще всего еда «в сухоматку» отмечена среди учащихся среднего звена, реже – среди школьников старших классов (54%). С помощью метода «распознавания образов» были изучены факторы, определяющие отказ от приёма пищи учащимися в школьных столовых. К определяющим факторам можно отнести организационно-временной фактор (ВИ=12,9), достаточность материальных средств (ВИ=3,25), собственную неорганизованность (ВИ=2,5), возраст школьников (ВИ=2,3), низкие вкусовые качества блюд (ВИ=1,3).

В результате изучения среднесуточного продуктового набора установлено, что рационы школьников не сбалансированы по соотношению основных питательных веществ, а количество потребления жиров и углеводов завышены у всех возрастных групп с преобладанием «углеводно-жировой» модели питания. Это в свою очередь, имеет значение в процессе формирования у них алиментарно-зависимой патологии и отражается на показателях здоровья.

Доля алиментарно-зависимых патологий (болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни органов пищеварения) в структуре хронической заболеваемости составила 3,7%, т.е. пятое место, после забо-

леваний костно-мышечной системы – 35,1% (1 место), болезней органов дыхания – 30,5% (2 место), болезней глаз – 14,9% (3 место), травм и отравлений – 7,1% (4 место). Среди наиболее распространенных у школьников алиментарно-зависимых патологий (диффузный эндемический зоб, ожирение, анемии, гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) лидируют по распространенности болезни эндокринной системы (64,8%) – заболевания щитовидной железы (диффузный эндемический зоб – 38,5% и ожирение – 26,3%). На втором месте в структуре алиментарно-зависимых патологий у школьников заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, дуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 27,1%), на третьем – анемии (8,1%).

Литература:

1. Вишневецкая, Т.Ю. Питание в организованных детских коллективах и его влияние на физическое развитие и физическую работоспособность детей / Т.Ю. Вишневецкая, Ж.Ю. Горелова, А.Ю. Макарова // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – № 4. – С. 132-136.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ И СВИНЦОМ

Веракис Н.А., Свидинская М.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И.Гельберга
Научный руководитель – ассист. Николаева И.В.*

Микробиоценоз кишечника формируется в значительной степени под влиянием рациона млекопитающих, в том числе с учетом поступления в организм токсических или отрицательно влияющих на организм в целом продуктов. К таким экзогенным факторам, наиболее активно разрушающим нормальную структуру эпителия кишечника, относятся этанол и соли тяжелых металлов [1,4]. Представители индигенной микрофлоры кишечника участвуют в механизмах защиты организма от экзогенной и эндогенной инфекции, стимулируют работу иммунной системы, синтезируют ферменты и биологически активные вещества, принимая тем самым участие в обменных процессах макроорганизма, выполняя детоксикационную функцию. Поступление в кишечник этанола и свинца, нарушение структурно-функционального единства компонентов желудочно-кишечного тракта отражается на процессах формирования микробиоценоза [1-3].

По результатам официальной статистики, среди профессиональных интоксикаций свинцовая занимает первое место. В организм человека большая часть свинца поступает с продуктами питания, а также с питьевой водой, атмосферным воздухом, при курении, при случайном попадании в пищевод кусочков свинец-содержащей краски или загрязненной свинцом почвы [4]. В результате связывания ангидридов со свинцом угнетается синтез белков и активность ферментов.

Постоянное воздействие алкоголя на стенку тонкого кишечника приводит к изменению структуры клеток, и они теряют способность полноценно всасывать питательные вещества и минеральные компоненты, что заканчивается развитием нутритивной недостаточности организма, хронически потребляющего алкоголь [1].

Цель эксперимента – сравнительный анализ микробиоценоза кишечника экспериментальных животных при хронической интоксикации свинцом и этанолом.

Результаты. Полученные нами результаты показали, что при длительном поступлении свинца и этанола в кишечник среди представителей микробиоценоза увеличивается: количество анаэробов, аэробов и банальных анаэробов (избыточный бактериальный рост). При поступлении алкоголя в организм животных увеличивается титр кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью. С увеличением количества поступающего в организм животных этанола и свинца повышается число условно-патогенных энтеробактерий, среди которых преобладают лактозонегативные эшерихии и *Proteus vulgaris*. При непрерывном и длительном поступлении

этанола в кишечник увеличивается количество микроорганизмов с выраженным газообразованием.

Литература:

1. Николаева И.В., Жмакин А.И., Дорошенко Е.М., Чиркин А.А., Шейбак В.М. «Влияние экстракта куколок китайского дубового шелкопряда на микробиоценоз кишечника при хронической алкогольной интоксикации» //Материалы международного евро-азиатского конгресса по инфекционным болезням – 2008. – Т II. – С.264-265.

2. Любченко П.Н. «Интоксикационные заболевания органов пищеварения». – Воронеж, ВГУ. – 1990 – 184с.

3. Яровая Г.А. «Биохимические основы действия алкоголя на организм» Изд-во ДОЛИУВ, 1998. – 44с.

4. Кузьмичева Л.В., Лопатникова Е.Г., Быстрова Е.В. «Гистологическое исследование изменений в тонком кишечнике крысы при воздействии ацетата свинца и пектина». //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2009. – №7. – С.28-32.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕГО ФАКТОРЫ

Веракисич Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – д.м.н., проф. Парамонова Н.С.

Здоровье детей и подростков является актуальной проблемой современной педиатрии, так как оно определяет демографическую безопасность страны. Ухудшение состояния здоровья характеризуется ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, ухудшением физического развития. В настоящее время единичные исследования в педиатрии посвящены изучению факторов, связанных с образом жизни и их роли в формировании отклонений в состоянии здоровья учащихся [1].

Цель исследования: дать оценку показателей физического развития школьников и провести сравнительный анализ его зависимости от фактического питания.

Было обследовано 150 школьников в возрасте 7-17 лет. Оценка физического развития детей проводили с помощью центильных таблиц. Для оценки гармоничности физического развития школьников были использованы центильные закономерности соотношения между массой и длиной тела, что позволяло выявить детей с отклонениями в физическом развитии. Оценка показателя ИМТ у детей проводили с учетом рекомендаций ВОЗ (Expert Committee on Clinical Guidelines for Overweight in Adolescent Preventive Services и European Childhood Obesity Group) по соотношению ИМТ к кривой роста для возраста и пола.

По нашим данным удовлетворительное физическое развитие (соответствующий возрасту рост при массе тела, укладывающейся в рамки нормальных вариантов при данном росте) имели 68,0-69,0% школьников. Школьников, с показателями роста «высоких» и «очень высоких» величин было 4,1% – мальчиков и 8,8% – девочек. Низкий рост (ниже нижней границы для данного возраста) отмечался у 4,0% девочек и у 3,1% мальчиков.

Детей с избыточной массой тела среди мальчиков было 8,8%, среди девочек – 8%, а с низкими показателями веса – 21,9% мальчиков и 23,2% девочек. Низкая масса тела чаще выявлялись в возрасте 11-13 лет у обоих полов, избыток массы тела чаще был среди девочек в возрасте 7-10 лет и среди мальчиков в возрасте 14-17 лет. Сравнительная оценка уровней физического развития школьников г. Гродно показала, что удельный вес детей и подростков, с нормальным физическим развитием (68,0-70,0%), с избытком массы тела (8,0-9,0%) и высоким ростом (4,0-9,0%) соответствовал средним по республике показателям. Гармоничное развитие было у 46,9% мальчиков и 48,8% девочек, дисгармоничное у – 20,0% девочек и 22,4% маль-

чиков. Резко дисгармоничное физическое развитие установлено у 31,2% девочек и 30,7% мальчиков. Проведенный анализ зависимости массо-ростовых показателей (индекса Кетле) у школьников от фактического питания выявил, что рационы школьников с нормальной массой тела и избыточной массой тела были адекватны по энергетической ценности, а у школьников с низкой массой тела калорийность рационов была ниже рекомендованных физиологических норм потребления. Выявлены положительные по направлению, прямые средние по силе связи между показателями индекса массы тела (индекса Кетле) и потреблением калорий ($r = 0,43$, при $p < 0,05$), между показателями индекса Кетле и потреблением белка ($r = 0,4$, при $p < 0,05$). У школьников с избыточной массой тела поступление жиров с пищей было больше, чем у подростков с нормальной и низкой массой тела. Так, в среднем потребление у них составило $97,6 \pm 3,0$ г/сутки, $91,8 \pm 1,8$ г/сутки, $85,2 \pm 1,9$ г/сутки соответственно ($p < 0,005$).

Проведенный множественный регрессионный анализ показал, что у 58,0% школьников из числа обследованных фактическое потребление нутриентов с пищей оказывали влияние на показатели индекса массы тела (коэффициент детерминации – 0,58).

Литература:

1. Безруких, М.М. Возрастные особенности организации двигательной активности у детей 6-16 лет /М.М. Безруких [и др.] // Физиология человека. – 2000. – Т. 26, № 3. – С. 100-104.

СВЯЗЬ СРЕДНЕГО БАЛЛА С ОЦЕНКОЙ НА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЗАЧЕТЕ

Веремейчик Д.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – магистр естественных наук, препод. Копыцкий А.В.

Зачастую многие студенты считают, что работа в течение семестра и успешность сдачи экзамена или дифзачета по некоторой дисциплине – это вещи слабо взаимосвязанные, и существует высокая вероятность того, что даже при отсутствии усердной деятельности в период обучения можно успешно сдать экзамен или дифференцированный зачет. Для того чтобы проверить эту идею, было проведено специальное исследование. В нем необходимо было выявить зависимость между результативностью работы в семестре (показателем результативности считался средний балл) и успешностью сдачи дифференцированного зачета (показателем успешности считалась оценка).

Для достижения поставленной цели необходимо решить задачу о выявлении корреляционной зависимости между средним баллом и оценкой на дифференцированном зачете.

В качестве исходных данных использовались результаты сдачи дифференцированного зачета по дисциплине «Медицинская и биологическая физика» студентами второго курса медико-диагностического факультета ГрГМУ (объем выборки составляет $n=57$).

При решении поставленной задачи была обнаружена статистически значимая корреляция ($p < 0.05$) между средним баллом в семестре и оценкой на дифзачете. В качестве меры взаимосвязи использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена ($r_s=0.63$).

Таким образом, выявлено статистически достоверное существование зависимости между средним баллом и успешностью сдачи дифференцированного зачета. Средний балл можно рассматривать как интегральный показатель, учитывающий отношение студента к изучаемой дисциплине, усердие в освоении нового материала, качество самостоятельной подготовки, активность на занятиях. Коэффициент детерминации, примерно равный 0.4, позволяет оценить вклад среднего балла в итоговую оценку, как объективного показателя, т.е. можно утверждать, что средний балл на

40% определяет успешность сдачи зачета. Следовательно, оставшиеся 60% оценки определяются иными факторами (качество и время подготовки, умение студента концентрироваться в стрессовых ситуациях и т.д.). Можно предположить, что здесь и берёт начало бытующее среди студентов мнение о незначимости работы в семестре. Но при этом в рассмотренной выборке не было ни одного студента, который, обладая минимальным средним баллом, сдал зачет на оценку, превосходящую его средний балл.

Таким образом, знание о наличии научно обоснованной связи между качеством работы в семестре и оценкой на дифзачете может послужить дополнительным стимулом в обучении для студентов.

Литература:

1. Таганов Д.Н. SPSS: Статистический анализ в маркетинговых исследованиях. – СПб.: Питер, 2005. – 166 с.
2. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Веремчук И.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – ассист. Новосад В.В.

Актуальность проблемы врожденных пороков развития (ВПР) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) обусловлена тем, что в структуре детской заболеваемости и смертности в последние годы они занимают одно из первых мест. По разным данным ВПР ЖКТ встречаются примерно у 5-6% новорожденных. Имеется тенденция к росту частоты и тяжести ВПР ЖКТ.

Цель. Оценить результативность ультразвукового исследования плода при ВПР ЖКТ.

Результаты. Нами проведено исследование с изучением генетических карт плода и историй болезни 23 новорожденных с пороками ЖКТ в периоде с 2005-2010 г.г. по гродненской области.

Пренатально выявлены следующие пороки: атрезия пищевода (13,0%), высокая и низкая кишечная непроходимость (17,3%), эмбриональная пуповинная грыжа (8,6%), гастрошизис (4,3%). У всех рожениц беременность протекала с угрозой прерывания, и по данным УЗИ плода у всех отмечалось многоводие.

Постнатально за данный период выявлены следующие пороки развития: атрезия пищевода у 10 (43,4%) новорожденных, высокая и низкая кишечная непроходимость – 10 (43,4%), аноректальные пороки – 3 (13,0%), эмбриональная пуповинная грыжа – 2 (8,6%), гастрошизис – 1 (4,3%). Частота встречаемости у мальчиков – 77,3 %, у девочек – 27,7 %. Частота внутриутробной диагностики – 43,4 %, постнатальной – 68,2 % (в первые часы жизни). В 40- 45% случаев у детей наблюдались сочетанные пороки развития желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и мочеполовых органов.

Выводы.

1. По данным УЗИ плода у всех выявлено многоводие.
2. Существуют сложности при диагностике непроходимости пищеварительной трубки и ее уровня.
3. Пороки ЖКТ чаще встречаются у мужского пола.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.. Детская хирургия. ИЧП «Хардфорд» Санкт-Петербург, 1996.- С.278-296.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста в 2-ух томах.- Москва, 2004г.

ПРИДВОРНЫЙ ЭТИКЕТ В РЕЧИ ПОСПОЛИТОЙ

Веселуха М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доц. Стасевич Н.П.

Важной составляющей менталитета любой нации или социальной группы внутри нации, является уклад жизни, обычаи и традиции. Они, как правило, складываются постепенно, на протяжении длительного времени и обусловлены целым рядом причин и обстоятельств.

В этой связи, в данной работе мы коснёмся некоторых правил придворного этикета времён Великого княжества Литовского и Речи Посполитой.

Этикет имел характер закона, и его нарушение было равнозначно преступлению. В эпоху расцвета королевской власти говорили, что нормы этикета связывают людей сильнее, чем нормы конституции. Вольтер, поражаясь этим правилам, писал, что этикет – разум для тех, кто его не имеет. Этикет в некоторых деталях и требованиях был доведён до явного абсурда, порой превращался в откровенную глупость. Так, например, он предписывал количество и конфигурацию линий, которые должны были вычерчивать при реверансе представители знати, на какую высоту, переступая порог, могли поднимать юбку придворные дамы различных рангов и т.д. Строго регламентировались правила приёма гостей, застольные манеры, одежда для определенных случаев, ритуалы приветствия и темы бесед.

В придворном этикете, безусловно, не было мелочей, так называемых второстепенных правил и всё-таки, среди них можно выделить наиболее характерные, неукоснительное выполнение которых давало человеку возможность быть принятым в своём кругу.

Так, к основным правилам дворцового этикета относилось Право первенства. Согласно этому праву непростительным оскорблением считалось занятие чужого места или входа в помещение раньше персоны более высокого ранга.

Особое внимание уделялось застольным манерам. За столом необходимо было вести себя в соответствии с разработанными правилами:

- Не опаздывай, будучи приглашен на обед, завтрак, ужин, чай.
- Не садись за стол, пока не сядут дамы или пока хозяин или хозяйка не пригласят занять место.
- Не предлагай даме, когда сопровождаешь ее к столу, левую руку. Мужчина всегда должен предлагать даме правую руку.
- Не затыкай салфетку за воротник и не раскладывай ее на груди. Салфетку следует класть на колени. В первую очередь необходимо обслуживать дам. Не ешь суп с конца ложки. Не проси второй порции супа.
- Не подавай сам свою тарелку с просьбой о второй порции. Пусть это сделает прислуга. Лучше не просить второй порции вообще.
- Не проси соседа подать что-либо, если поблизости находится прислуга.
- Не угощай непрестанно гостя. Не пей много вина.
- Не забудь подняться из-за стола после того, как встали женщины. Оставайся стоять, пока они не выйдут из комнаты, и затем можешь сесть снова, если намерен остаться и курить за столом. Не читай писем или документов за столом.

Знание правил этикета, буквально до мелочей пронизывающих жизнь высшего сословия, и соответствующее ему поведение являлись для светского человека делом чести. Существовавшее в те времена выражение: "Этикет делает королей рабами двора" объясняет многие непонятные и загадочные для современного человека примеры из истории этикета.

Литература:

1. Мальдіс А. "Як жылі нашы продкі ў 18 стагоддзі", Мінск, "Лімарыус".

СОПРЯЖЕННОСТЬ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Вильчинская Л.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Предрасположенность к тому или иному заболеванию связана с генотипом индивидуума, выраженным в его фенотипических (конституциональных) особенностях. Конституциональный подход в оценке течения патологических процессов человека является ценным вспомогательным средством в ранней диагностике различных соматических заболеваний, оценке характера и тяжести проявлений болезни и ее осложнений [1]. Это обуславливает практическую значимость изучения данной медицинской проблемы, поэтому совершенно очевидными становятся важность и актуальность выявления пограничных между нормой и патологией состояниями.

Цель исследования – изучить пальцевую дерматоглифику у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Исследовано 1222 больных (596 мужчин и 626 женщин), госпитализированных в неврологические отделения больниц г. Гродно. В распределении по нозологическим формам преобладали больные с инфарктом мозга (ИМ) – 539 случаев (44,1%), затем следовали больные, перенесшие внутримозговое кровоизлияние (ВМК) – 437 человек (35,8%) и транзиторную ишемическую атаку (ТИА) – 246 больных (20,1%). Выборка недифференцирована по степени тяжести и характеру течения заболевания. При анализе дерматоглифических показателей в качестве группы контроля использованы опубликованные данные по жителям Гродненской области: мужчины исследованы С.А. Сидоровичем (2001), женщины – Ж.А. Шавель (2002) [2, 3].

Результаты исследования. В связи с выявленными различиями в вариациях признаков кожных узоров у мужчин и женщин с сосудистыми заболеваниями головного мозга, анализ дерматоглифических показателей проводился нами отдельно в мужских и женских группах.

При сравнении пальцевых дерматоглифов мужчин, перенесших ВМК с контрольной группой, наблюдалось достоверное увеличение частоты бездельтового узора на правой (10,5% и 4,5%, $p<0,001$) и левой (16,1% и 6,0%, $p<0,001$) руках соответственно. При этом на левой руке у больных с данной патологией отмечено снижение частоты завитков (19,4% и 29,0% в контроле, $p<0,01$).

Среди мужчин с ишемическим очагом поражения головного мозга без учета его локализации, при сопоставлении с контролем зафиксировано достоверное увеличение дуг на правой (7,6% и 4,5%, $p<0,01$) и левой (11,4% и 6,0%, $p<0,01$) руках, а также снижение частоты завитков (22,1% и 29,0%, $p<0,01$) на левой руке соответственно. У больных с ТИА относительно практически здоровых мужчин также отмечался высокий процент дуг на левой (12,4% и 6,0%, $p<0,001$) и правой (14,6% и 4,5%, $p<0,001$) руках соответственно.

Распределение частот кожных узоров у женщин с ВМК показало, что они отличались от здоровых увеличением дугового узора (15,9% и 6,7%, $p<0,001$), радиальной петли (7,6% и 4,0%, $p<0,05$) за счет снижения процента завитков (15,9% и 28,7%, $p<0,001$) на левой руке и увеличением частоты дуговых узоров (8,9% и 4,8%, $p<0,001$) на правой соответственно.

В группе женщин с ИМ выявлено достоверное увеличение дуг на правой (10,7% и 4,8%, $p<0,001$) и на левой (15,2% и 6,7%, $p<0,001$) руках относительно контрольной группы. Среди больных с этой патологией на левой руке снижен процент завитков 21,9% против 28,7% у здоровых женщин. На левой руке у пациенток с ТИА, относительно практически здоровых лиц, отмечалось увеличение дуг (16,5% и 6,7%, $p<0,001$) и снижение завитков (15,7% и 28,7%, $p<0,001$) соответственно.

Таким образом, у ангионеврологических больных частота бездельтового узора выше по сравнению с представителями контрольной группы, у которых преобла-

дают более сложные пальцевые узоры. По-видимому, имеется связь между типом кожных узоров и сосудистой патологии головного мозга.

Литература:

1. Варлоу, Ч.П. Инсульт: практическое руководство для ведения больных: пер. с англ. / Ч.П. Варлоу, М.С. Деннис, Ж. ван Гейн. – СПб., 1998. – 629 с.
2. Сидорович, С.А. Связь анатомической конституции с серологическими и дерматоглифическими показателями у мужчин призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / С.А. Сидорович. – Минск, 2001. – 19 с.
3. Шавель, Ж.А. Антропометрическая характеристика лиц женского пола 17–25 лет и ее связь с некоторыми аспектами репродуктивной функции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / Ж.А. Шавель. – Минск, 2002. – 19 с.

ФОРМЫ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Вильчинская Л.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Схемы соматотипирования в пожилом и старческом возрасте изучены еще недостаточно, так как из-за нарастания возрастных изменений многие методы мало информативны, а в ряде случаев искажают результаты. Это касается оценки жирового и мышечного компонентов соматотипа, которые в значительной степени зависят от профессии, образа жизни, социальных и культурных особенностей личности, а также от перенесенных ранее и диагностируемых в настоящее время болезней [1].

Наиболее распространенным и доступным широкой практике способом оценки пропорций тела человека является метод индексов. Поэтому, для соматотипирования лиц пожилого и старческого возраста была использована схема Н.А. Усоевой (1993) с учетом лепто- и гиперморфности скелета по усредненному поперечно-продольному показателю [2].

Цель исследования – выявить характер распределения типов телосложения у больных с цереброваскулярной патологией. Для анализа послужили данные антропологического исследования 1222 больных (596 мужчин и 626 женщин), госпитализированных в неврологические отделения больниц г. Гродно (областная, районная и городская) с разными формами нарушения мозгового кровообращения. В распределении по нозологическим формам преобладали больные с инфарктом мозга (ИМ) – 539 случаев (44,1%), затем следовали больные, перенесшие внутримозговое кровоизлияние (ВМК) – 437 человек (35,8%) и транзиторную ишемическую атаку (ТИА) – 246 больных (20,1%),

Результаты исследования. При распределении типов телосложения среди больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга было зафиксировано разнообразие распределения типов телосложения в зависимости от формы заболевания, возраста и степени астенизации. У мужчин в возрасте 45–54 лет, которые перенесли ВМК и ИМ, при разных значениях сигмы выявлена различная степень лептоморфности скелета. Так, до 1,0 у в данных группах больных преобладал лептоморфный тип телосложения, а при у более 1,0 – гиперморфный. У больных в 65 лет и старше, страдающих ВМК и ИМ зафиксирована тенденция к лептоморфности скелета.

Среди мужчин с ТИА лептоморфный тип телосложения уступал гиперморфному. Пациентам со стойкими нарушениями мозгового кровообращения (ВМК и ИМ) свойственна высокая степень лептоморфности скелета во всех возрастных группах.

Пациенткам, которые перенесли ИМ и ТИА, а также, женщинам контрольной группы, был характерен гиперморфный тип телосложения. Для больных с ВМК в возрасте до 65 лет степень выраженности лептоморфности скелета преобладала по сравнению с женщинами, страдающими ИМ и ТИА и с практически здоровыми ли-

цами ($p < 0,001$). Пациентки с кровоизлиянием в головной мозг в возрасте 65 лет и старше характеризовались гиперморфностью скелета.

Таким образом, для соматотипирования лиц старших возрастных групп предложенный способ с учетом лепто- и гиперморфности, основанный на определении поперечно-продольной пропорциональности строения костного скелета, оказался более рациональным.

Литература:

1. Никитюк, Б.А. Конституция человека / Б.А. Никитюк // Итоги науки и техники. Сер. «Антропология» / ВИНТИ. – М., 1991. – №4. – С. 3–149.

2. Усоева, Н.А. Гармоничность и темпы физического и полового развития девочек-подростков и девушек разных соматотипов: автореф. дис. ... д-ра мед наук: 14.00.09, 14.00.01 / Н.А. Усоева. – Санкт-Петербург, 1993. – 34 с.

УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ У ПОДРОСТКОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Вирковский А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – Головкова Е.В.

Актуальность. Молодых людей часто считают воплощением здоровья: они полны жизненной энергии, бодрости и способны быстро восстанавливать физические и душевные силы. Несмотря на это устоявшееся мнение, именно в подростковом возрасте наблюдаются самые высокие темпы роста заболеваемости практически по всем классам болезней, причем, преимущественно тех, которые формируют хронические болезни.

Если в детском возрасте 70% в структуре заболеваемости составляют болезни органов дыхания, то в возрасте 15–18 лет их доля составляет около 40%, хронические же болезни регистрируются более чем в 2 раза чаще. А по ряду таких состояний, как болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ и иммунитета, психические расстройства, болезни кожи и подкожной клетчатки и др. уровень заболеваемости подростков превышает соответствующие показатели как у детей, так и у взрослых.

Выраженную тенденцию к росту имеют показатели заболеваемости по классам: болезни нервной системы, крови и кроветворных органов, мочеполовой системы, некоторые инфекционные и паразитарные заболевания, новообразования, травмы и отравления. Ежегодный прирост заболеваемости по данным классам составляет 6,1–14,9%.

Подростковый возраст – это период, когда молодые люди сталкиваются с множеством факторов риска. В первую очередь это употребление алкоголя, наркотиков, курение.

Цель. Проанализировать удельный вес заболеваний, имеющих у подростков, состоящих на учете у нарколога.

Материалы и методы. Объектом исследования явились подростки 15–19-летнего возраста, состоящие на учете у нарколога и проживающие в некоторых населенных пунктах республики. Применен сплошной ретроспективный метод. Для этого проведена выкопировка интересующих сведений из медицинских карт амбулаторного больного указанных лиц с первого года жизни до 15–19 лет. Общее число наблюдений – 161 подросток.

Результаты. В ходе исследования установлено, что по доле выявленной среди подростков патологии первое место занимают ОРВИ – 45%, второе – болезни органов дыхания – 27%, третье – ветрянка – 2%, четвертое – аллергия и диатез – 1,9%, пятое – сколиоз и плоскостопие – 1,8%.

Анализ полученных нами данных выявил различия в уровнях доли большинства нозологических форм, зарегистрированных среди девушек и юношей. У деву-

шек она достоверно выше (P меньше 0,05) Исключение составляют травмы, плоскостопие, ДЖВП, энтеробиоз. Доля этих заболеваний достоверно больше у юношей ($P > 0,05$)

Доля заболеваний, зарегистрированных среди подростков, проживающих в сельской местности, по всем учтенным нозологическим формам достоверно ниже, чем у городских жителей – 14% против 86% ($t > 2$), среди находившихся на грудном вскармливании доля заболевших достоверно выше, чем среди находившихся на искусственном вскармливании ($P > 0,05$).

Выводы. Таким образом, более низкий уровень доли заболевших юношей и подростков, проживающих в сельской местности можно объяснить более низкой обращаемостью их за медицинской помощью.

Литература:

1. Севковская, З.А. Репродуктивное здоровье подростков и молодежи /З.А.Севковская // Репродуктивное здоровье :проблемы и возможности.- 2001.- №3.- С.1-8

2. Антипова. С.И. Некоторые особенности заболеваемости населения сельских районов Беларуси / С.И.Антипова// Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2009.- №1.-С.60-70

ОБ УЧАСТИИ L-АРГИНИН-НО СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССАХ ДЕТОКСИКАЦИИ, ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ И ФОРМИРОВАНИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА ОРГАНИЗМА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭНДОТОКСИНЕМИИ

Висмонт А.Ф., Глебов М.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Степанова Н.А.

Актуальность. Известно, что монооксид азота (NO), являясь высокоэффективным регулятором метаболизма, играет важную роль в регуляции функций печени, патогенезе эндотоксемии и лихорадки [1, 3]. Есть основания полагать, что изменения тиреоидного статуса организма при многих инфекционных заболеваниях во многом обусловлены нарушением метаболизма гормонов щитовидной железы в периферических тканях, главным образом – в печени [2].

Цель, задачи и методы исследования. Целью настоящего исследования является выяснение роли L-аргинин-NO системы в процессах детоксикации, регуляции температуры тела и уровня йодсодержащих гормонов щитовидной железы в крови при бактериальной эндотоксинемии. В работе использовалась экспериментальная модель бактериальной эндотоксинемии, а также применялись современные физиологические, биохимические, радиоиммунологические методы исследования. Для создания модели бактериальной эндотоксинемии у животных применяли бактериальный липополисахарид (ЛПС) – эндотоксин *Escherichia coli* (Serotype 0111:B4, «Sigma», США), который вводили крысам внутрибрюшинно в дозе 5 мкг/кг. Температуру тела (температуру в прямой кишке на глубине 3,0 см) измеряли электротермометром ТПЭМ-1. Для выяснения роли NO в процессах детоксикации, формирования тиреоидного статуса и регуляции температуры тела использовали неселективный блокатор NO-синтазы NG-нитро-L-аргинин (L-NNA, «Sigma», USA), который вводили крысам внутрибрюшинно в дозе 20 мг/кг. Уровень в плазме крови тиреотропного гормона, трийодтиронина и тироксина определяли радиоиммунологическим методом с помощью тест-наборов ХОП ИБОХ НАН Беларуси.

Результаты и выводы. В опытах на крысах установлено, что активность L-аргинин-NO системы имеет важное значение для протекания процессов детоксикации, поддержания тиреоидного статуса и формирования температурных реакций организма на действие ЛПС. Депрессия процессов образования NO в организме сопровождается снижением активности системы гипоталамическая щитовидная железа, детоксикационной функции печени и способствует развитию эндотоксинемии. Развитие эндо-

токсикомой лихорадки в условиях действия в организме ингибитора L-NNa (внутрибрюшинно в дозе 20 мг/кг) сопровождается угнетением, а не активацией процессов детоксикации, менее выраженными изменениями активности системы гипоталамической железы и не более значительным повышением температуры тела.

Литература:

1. Тэйлор, Б. С. Индуцибельная синтаза оксида азота в печени: регуляция и функции / Б.С. Тэйлор, Л. Х. Аларсон, Т. Р. Биллиар // Биохимия. – 1998. – Т. 63, № 7. – С. 905–923.

2. Brzezinska-Slebodzinska, E. Fever induced oxidative stress: the effect on thyroid status and the 5'-monodeiodinase activity, protective role of selenium and vitamin E / E. Brzezinska-Slebodzinska // J. Physiol. Pharmacol. – 2001. – Vol. 52, № 2. – P. 275–284.

3. Curran, R.D. Multiple cytokines are required to induce hepatocyte nitric oxide production and inhibit total protein synthesis / R.D. Curran, T.R. Billiar, D.J. Stuehr et al. // Ann. Surg. – 1990. – Vol. 212, № 4. – P. 462–469.

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА, КАК ФАКТОР, ОТЯГЧАЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО МЕНИНГИТА

Власкина М.С., Бутевич Ю.В., Багрим А.Н., Сергиенко Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Васильев А.В.

Актуальность. Тенденция к нарастанию как относительной частоты, так и абсолютного числа больных нейроинфекциями, в том числе и гнойными менингитами (частота вторичных гнойных менингитов (не менингококковых) возросла с $0,07 \pm 0,03\%$ в 1982 году до $0,17 \pm 0,05\%$ в 2008 году. С учетом нарастания общего числа больных, в последние годы отмечается рост абсолютного количества больных в 3 раза, что и определяет актуальность данной тематики исследования.

В ходе ретроспективного анализа историй болезней больных со вторичными гнойными менингитами было обращено внимание на наличие группы больных, у которых в анамнезе было указание на наличие закрытой черепно-мозговой травмы (далее ЧМТ). Возник закономерный вопрос: повлияло ли данное обстоятельство на течение нейроинфекции?

Целью исследования стало изучение характера влияния черепно-мозговой травмы, имевшейся в анамнезе у больного гнойным менингитом, на течение основного заболевания.

Материалом исследования стали данные 121 истории болезни больных гнойными менингитами, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2003 года по 2009 год. Среди всех больных гнойными менингитами у 12 больных ($11,1 \pm 3,0\%$) в анамнезе имела место черепно-мозговая травма (далее ЧМТ). Методом исследования стал ретроспективный анализ. Данные историй больных с отягощенным преморбидным фоном и без такового подвергнуты сравнительно-статистическому и коррелятивному анализу.

Результаты. Сравнение группы больных с анамнестической ЧМТ с группой, не имеющей таковой в анамнезе, по полу и возрасту и срокам поступления в стационар, наличию другой соматической патологии, различий не дало. В ходе исследования установлено, что больные с ЧМТ в анамнезе чаще предъявляли жалобы на рвоту (Sperman Rank $+0,21$; $p < 0,05$), у них отмечалась более выраженная ригидность шейно-затылочных мышц (Sperman Rank $+0,22$; $p < 0,05$), чаще выявлялся положительный симптом Кернига (Sperman Rank $+0,24$; $p < 0,05$), чаще выявлялась очаговая мозговая симптоматика различной локализации (Sperman Rank $+0,41$; $p < 0,001$), а показатель плеоцитоза у них был выше (Sperman Rank $+0,21$; $p < 0,05$). Больные с анамнестической ЧМТ чаще нуждались в назначении маннита (Sperman Rank $+0,34$; $p < 0,001$).

Вывод. Гнойный менингит у больных, перенесших черепно-мозговую травму,

чаще протекает с нарушением сознания, при более выраженном менингеальном симптомокомплексе (чаще рвота, более выраженная ригидность шейно-затылочных мышц и более часто выявляющийся симптом Кернига), чаще с признаками очагового поражения паренхимы головного мозга, – то есть, заболевание приобретает характер гнойного менингоэнцефалита.

В нашей работе анамнестическая травма не рассматривалась как причина вторичного гнойного менингита, поскольку была отделена от него продолжительным (несколько лет) временным промежутком, однако данный аспект проблемы также требует отдельного рассмотрения, – поэтому исследования в этом направлении авторы считают перспективными.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВ ЭКТОПИИ ПРИ АДЕНОМИОЗЕ

Водчиц Т. А., Козлович О. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – ассист. Бутолина К. М.

Генитальный эндометриоз является одной из причин нарушения менструальной и репродуктивной функции, вплоть до развития бесплодия. У женщин детородного возраста его частота колеблется от 12 до 50 % [1]. Плохой эффект консервативной терапии, рост заболеваемости, противоречивые взгляды на этиологию, патогенез заболевания, затрудняющие разработку методов его профилактики и лечения, делают проблему аденомиоза актуальной.

Цель исследования. Дать морфологическую характеристику участков эктопии при внутреннем эндометриозе.

Материалом для исследования стали стекла-препараты удаленных маток, при гистологическом исследовании которых был выставлен диагноз аденомиоза, из архива городского патологоанатомического отделения № 2 УЗ «ГОПАБ».

Проанализированы 73 случая внутреннего эндометриоза у женщин в возрасте от 33 до 70 лет (средний возраст – $48,4 \pm 0,8$ лет). Морфологические изменения функционального слоя эндометрия у 40 (44,8%) женщин соответствовали фазе менструального цикла на момент удаления матки: у 7 женщин отмечался эндометрий фазы секреции, у 33 пациенток – эндометрий фазы пролиферации. У 24 (32,9%) женщин диагностировалась простая железистая гиперплазия эндометрия. У 9 (12,3%) женщин была менопауза, и при гистологическом исследовании стенки матки отмечался атрофичный эндометрий.

Микроскопически эндометрий имел неровную границу из-за погружения его в поверхностную часть миометрия. Очаги эктопии были представлены железами и стромой эндометрия с варьирующим количественным стромально-железистым соотношением. Диффузный характер эндометриоза определялся у 59% больных, проникая на различную глубину толщи стенки матки. При этом 1-я степень распространения аденомиоза отмечена у 7% больных, 2-я – у 51% пациенток и 3-я – у 1% женщин.

При изучении микропрепаратов стенки матки женщин в менопаузе очаги аденомиоза были представлены атрофичными железами, которые в отдельных очагах были кистозно расширены, с уплощенным эпителием, и скудной, местами едва различимой, склерозированной стромой. В очагах эктопии у женщин с железистой гиперплазией эндометрия строма была рыхлой, клеточной, с участками отека, железы пролиферативного вида с многорядным расположением ядер в призматическом эпителии. При фазе пролиферации функционального слоя эндометрия очаги эндометриоза напоминали по строению базальный слой эндометрия или соответствовали фазе пролиферации. У женщин с секреторными изменениями эндометрия секреторные изменения желез и стромы в очагах эктопии отмечены только в 1 случае. В остальных наблюдениях очаги эндометриоза были сходны с базальным слоем эндометрия. В строме очагов имелись кровоизлияния, а в просветах желез – скопление крови. Во

всех наблюдениях в строме очагов аденомиоза отмечалась различной степени выраженности лимфоидная инфильтрация.

Выводы. Таким образом, эндометрий в очагах аденомиоза не подвергался циклическим изменениям и по строению соответствовал эндометрию базального слоя эндометрия, фазы пролиферации или атрофичному эндометрию. Низкая степень функциональной активности эктопического эндометрия свидетельствует о его слабой реакции на воздействие экзогенных гормонов, что определяет низкую эффективность консервативной гормональной терапии эндометриоза.

Литература:

1. Пересада О. А. Клиника, диагностика и лечение эндометриоза. – Минск: Белорусская наука, 2001. – 274 с.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОСКУТА ЛАТЕРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ БЕДРА НА ПЕРФОРИРУЮЩИХ ПЕРЕГОРОДОЧНО-КОЖНЫХ СОСУДАХ С УЧЁТОМ КОНЦЕПЦИИ АНГИОСОМНОГО СТРОЕНИЯ ОРГАНИЗМА

Волков В.С., Мельников Н.В.

*Гродненский государственный медицинский университет
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.*

Реконструктивные вмешательства на нижней конечности при наличии дефектов тканей в функционально активных областях, особенно в случаях их значительных размеров и локализации, является сложной хирургической задачей. В последние годы наиболее эффективными методиками, использующимися для лечения пациентов с данной патологией, считаются хирургические технологии, предполагающие пластику сложными лоскутами (комплексами тканей) с различным типом сосудистого питания. Кожу латеральной поверхности бедра снабжают кровью, главным образом, кожные ветви артерий, проходящие в латеральной межмышечной перегородке.

Следует отметить, что на бедре описано более 20 осевых лоскутов, различающихся питающими их сосудами, размерами, формой и составом включаемых в них тканей. Одновременно выявлены участки кожи с подкожной жировой клетчаткой, кровоснабжение которых происходит по различному типу. Данный факт диктует применение определённой оперативной техники при выполнении подобных операций. Следует также отметить, что целенаправленных морфологических исследований данных регионов не проводилось, и нет чёткого описания перфорирующих перегородочно-кожных сосудов изучаемой области.

В ходе проделанной нами работы было выявлено 4 прободающих сосудистых пучка, являющихся ветвями латеральной артерии, огибающей бедренную кость. Сложные лоскуты могут быть сформированы в бассейне любой из вышеуказанных артерий с высоким коэффициентом васкуляризации и с сохранением первоначальной архитектоники сосудистого русла. Микрохирургическая анатомия перфорирующих сосудов этой зоны весьма вариабельна. Отхождение ветвей непосредственно от бедренной артерии, а не от глубокой артерии бедра, встречается довольно часто. Описаны случаи отхождения от бедренной артерии двух, трех и более добавочных перфорирующих артерий.

Исходя из выполненных топографо-анатомических исследований с применением окрашивания сосудистого русла, предложена система классификаций лоскутов латеральной поверхности бедра: по составу тканей, по количеству питающих ножек, по количеству лоскутов, по характеру питающей ножки.

Считаем целесообразным разбить исследуемую зону на несколько автономных кожно-мышечных территорий с учётом их кровоснабжения. По нашему мнению, техника при выделении лоскутов на указанной территории должна основываться на вышеупомянутом положении, предполагающем улучшение приживаемости пересаживаемого материала.

ОСОБЕННОСТЬ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ ДЛЯ КРАСНОГО ЦВЕТА У РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ-ЮНОШЕЙ

Волков В.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Емельянчик Ю.М.

Цель исследования. Провести оценку поля зрения для красного цвета у разных типов конституции среди юношей Гродненского медуниверситета.

Работа выполнена при помощи антропометрического метода обследования 170 юношей-добровольцев, в возрасте 19-22 лет, которые являются студентами Гродненского медуниверситета. Определение соматотипа проводилось по методике Н.А. Усовой. С целью внутригруппового разделения на соматотипы использованы стандартные квадратические отклонения от средних. Разделительным порогом считали границы интервала $\pm 1 \delta$. Для выделения крайних соматотипов (астеников и гиперстеников) использованы отношения суммы трех поперечных размеров – ширины плеч, грудной клетки и таза к длине тела, выраженные в процентах. Поле зрения исследовали при помощи периметра Форстера поочередно для каждого глаза. Для оценки полей зрения использовали два основных меридиана: горизонтальный (кнаружи, кнутри) и вертикальный (кверху, книзу). Испытуемый фиксировал глазом красную точку в центре на дуге периметра и не переводил взгляд в сторону. При определении границ поля зрения медленно перемещали объект (красную марку) по дуге периметра от периферии к центру, отмечали по градусной шкале момент, когда обследуемый констатировал появление объекта. В норме поля зрения как у правого, так и у левого глаза для красного цвета имеют, соответственно, следующие значения: с латеральной стороны – 52° , с медиальной стороны – 40° , с нижней стороны – 40° , верхней стороны – 35° .

В результате проведенного исследования было установлено, что большая половина исследуемых принадлежали к нормостеническому типу конституции: нормостеники – 66% (112 человек) от количества обследованных, гиперстеники – 19% (32 человек) и астеники – 15% (26 человек). При исследовании полей зрения для красного цвета у разных соматотипов были выявлены следующие данные. У нормостеников поле зрения для красного цвета составило: с латеральной стороны для правого глаза – 61° , а для левого – 60° , с медиальной стороны для правого глаза – 27° , а для левого – 28° , с нижней стороны для правого глаза – 36° , а для левого – 34° и верхней стороны для правого глаза – 31° , а для левого – 29° . У гиперстеников границы поля зрения для этого же цвета были следующие: с латеральной стороны для правого глаза – 45° , а для левого – 47° , с медиальной стороны для правого глаза – 34° , а для левого – 36° , с нижней стороны для правого глаза 29° , а для левого 30° и верхней стороны для правого глаза – 25° , а для левого – 22° . Поле зрения астеников для красного цвета также имело другие характеристики: с латеральной стороны для правого глаза – 50° , а для левого – 49° , с медиальной стороны для правого глаза – 22° , а для левого – 24° , с нижней стороны для правого глаза – 36° , а для левого – 37° и верхней стороны для правого глаза – 31° , а для левого – 29° .

У нормостеников было установлено уменьшение поля зрения для красного цвета медиально и увеличение латерально. У гиперстеников для этого же цвета зарегистрировано достоверное уменьшение поля зрения по вертикальному меридиану снизу и сверху. У астеников поле зрения для красного цвета также было достоверно уменьшено, но по горизонтальному меридиану медиально.

Выводы. Таким образом, размеры поля зрения для красного цвета у нормостеников соответствовали норме, однако были несколько смещены латерально. Размеры поля зрения для этого же цвета у гиперстеников и астеников были уменьшены, причём, у гиперстеников по вертикальному меридиану (как сверху, так и снизу), а у астеников отмечено уменьшение поля зрения для красного цвета по горизонтальному меридиану в медиальном направлении.

ОЦЕНКА ЗРЕНИЯ У РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ СРЕДИ ЮНОШЕЙ ГРОДНЕНСКОГО МЕДУНИВЕРСИТЕТА

Волков В.С., Мельников Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Емельянчик Ю.М.

За последние годы значительно возросло число лиц с патологией зрения, особенно среди людей молодого возраста, в связи с этим цель исследования – провести анализ остроты зрения у девушек гродненского медуниверситета разных типов конституции.

Работа выполнена при помощи антропометрического метода обследования 170 юношей-добровольцев, в возрасте 19-22 лет, которые являются студентами Гродненского медуниверситета. Определение соматотипа проводилось по методике Н.А. Усовой. Согласно этой методике, из трех основных компонентов строения тела – костного, мышечного и жирового, – определяющий соматотип – костный, как наиболее стабильный. При этом нами измерялись семь антропометрических параметров: длина тела, ширина плеч, поперечный размер грудной клетки, переднезадний размер грудной клетки, ширина таза, обхват запястья и обхват лодыжек. С целью внутригруппового разделения на соматотипы использованы стандартные квадратические отклонения от средних. Разделительным порогом считали границы интервала $\pm 1 \delta$. Для выделения крайних соматотипов (астеников и гиперстеников) использованы отношения суммы трех поперечных размеров – ширины плеч, грудной клетки и таза к длине тела, выраженное в процентах. Юношей с показателями меньше $M - \delta$ относили к астеническому (преобладание продольных размеров), больше $M + \delta$ к гиперстеническому (преобладание поперечных размеров) типам. Оставшиеся лица средней группы отнесены к нормостеническому типу. Определение остроты зрения проводили с помощью стандартной буквенной таблицы Головина-Сивцева. Таблица была хорошо освещена. Расстояние от испытуемого до таблицы составляло 5 м. Остроту зрения определяли для каждого глаза, второй глаз выключали, закрывая специальным щитком. Определение остроты зрения начинали с верхнего ряда, буквы в котором показывали указкой, далее опускаясь вниз, находили самую нижнюю строку, все буквы которой испытуемый правильно называл в течение 2–3 с. В норме острота зрения должна составлять 1,0.

В результате проведенного исследования было выявлено доминирование нормостенического типа конституции, который составил 66% (112 человек) от количества обследованных, гиперстеники – 19% (32 чел.) и астеники – 15% (26 чел.). Нормостенический тип конституции – самый многочисленный, в связи с этим у данного типа было выявлено самое большое количество случаев понижения остроты зрения – 32 чел., что составило 51% от общего количества людей со сниженной остротой, у гиперстеников – 19 чел. (30%) и астеников – 12 чел. (19%). При детальном исследовании каждого из типов конституции было выявлено в процентном отношении следующее количество людей с патологией зрения: среди нормостеников – 29%, гиперстеников – 59% и астеников – 46%.

Таким образом, большая половина исследуемых с ухудшением зрения принадлежала к нормостеническому типу конституции. Однако это не может свидетельствовать о том, что нормостеники в большей степени склонны к патологии зрения, чем другие соматотипы, так как при исследовании типов конституции среди юношей Гродненского медуниверситета доминировал нормостенический тип конституции (66%). В связи с этим необходимо было произвести внутригрупповой анализ каждого из соматотипов. При осуществлении последнего установлено, что наибольший процент лиц со сниженной остротой зрения был зафиксирован среди гиперстеников (59%) и астеников (46%) а самый маленький – среди нормостеников (29%).

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СТЕНОЗЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Волков В.С., Мельников Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Батвинков Н.И.

Число больных острым билиарным панкреатитом не имеет тенденции к снижению, занимая первое место в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости. По данным ведущих специалистов, среди причин развития панкреатита до 40% наблюдений составляет ЖКБ и её осложнения, в частности ПХЭС. Несмотря на общее понимание механизма развития билиарного панкреатита, связанного с обтурацией конкрементами большого сосочка двенадцатиперстной кишки, до настоящего времени нет единой оценки целесообразности прямых эндоскопических вмешательств, направленных на устранение желчной гипертензии.

Нами произведён анализ результатов обследования и лечения 40 больных со стриктурой сфинктера Одди. У 38 больных выявлен ущемлённый камень БСДПК. Количество мужчин с данной патологией составила 31% (12 человек), женщин 69% (26 человек). Провели анализ сопутствующей патологии: острый панкреатит наблюдался в 10% случаев, гнойный холангит – в 5%, механическая желтуха – 68%, холестатический гепатит – 10%.

Изменения биохимических показателей крови были следующие: уровень амилазы был повышен у 19 человек (47% случаев), диастазы – у 8 человек (19% случаев). Уровень билирубина поднимался выше 100 мкмоль/л у 6 человек. Общий анализ крови: лейкоцитоз выявлен у 21 человека (52% случаев). Сроки госпитализации: в первые сутки после приступа госпитализировано 15 человек (37% случаев). Во всех случаях была проведена ЭПСТ. У 30 человек после оперативного вмешательства общее состояние значительно улучшилось. Основные лабораторные показатели у данных пациентов нормализовались на вторые сутки, также отмечено значительное снижение болевого синдрома. В этой группе больных отмечали наиболее демонстративные успешные результаты своевременных и по показаниям выполненных эндоскопических вмешательств. Не всегда удаётся избежать травматичности эндоскопических попыток вмешательства на БСДПК, что усиливает отёк тканей сосочка, нарушая отток панкреатического секрета.

Установлено, что при правильной и своевременной диагностике патологии БСДПК эффективные транспапиллярные вмешательства могут успешно применяться с высоким процентом выздоровления, т.к. результаты лечения напрямую зависят от срока ущемления. Это лишний раз подтверждает необходимость умения вовремя увидеть и правильно диагностировать патологию БСДПК.

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА МЕТОДОМ АНАЛИЗА ЧАСТОТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

Волков В.С., Мельников Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ассист. Мойсеев Е.А.

Полноценное сбалансированное питание является неотъемлемым компонентом здорового образа жизни. Особое значение данный фактор приобретает у женщин фертильного возраста, относящихся к группе «резерва родов», ведь питание будущей матери становится и питанием ребенка. В последние годы в гигиене питания все большее распространение приобретает анализ частоты потребления пищевых продуктов, который позволяет классифицировать (ранжировать) респондентов по уровню их привычного потребления основных продуктов питания.

Цель исследования. Изучение особенностей питания женщин фертильного возраста, относящихся к группе «резерва родов».

Материалы и методы. Обследовано 200 женщин в возрасте от 17 до 39 лет, добровольно согласившихся на участие в исследовании. Изучение фактического питания проводилось методом анализа частоты потребления пищевых продуктов с помощью специально разработанного частотного вопросника [1]. Респонденту предлагалось ответить, как часто она употребляет продукты из списка, включавшего следующие группы пищевых продуктов: изделия из муки, крупы, молочные продукты, овощи (отдельно картофель), рыба, мясо и мясные продукты, фрукты и ягоды. Обработку данных проводили на персональном компьютере с использованием статистического анализа Excel-таблиц.

Результаты. Полученные данные позволяют сделать заключение, что исследуемый контингент женщин фертильного возраста характеризуется высокой частотой потребления ржаного и пшеничного хлеба, картофеля, тогда как менее половины анкетированных потребляет свежие овощи более 4 раз в неделю. Характерным для наблюдаемых лиц является относительно частое потребление мяса (56%), тогда как рыба и изделия из нее в 53% случаев потребляются 1–3 раза в неделю, а в 43% случаев – 0–3 раза в месяц. Аналогичная закономерность имеет место в отношении мяса птицы. 78% испытуемых лиц чрезвычайно редко (0–3 раза в месяц) потребляли творог, что, в сочетании с данными по потреблению молока, в целом свидетельствует о недостаточном потреблении молочных продуктов. Относительно более частым, по анкетным данным, является потребление твердых сыров, поскольку 41% испытуемых потребляют его 1–3 раза в неделю. Частота потребления круп варьирует в широких пределах, однако для 44% исследуемых характерна частота потребления 1–3 раза в неделю. Потребление фруктово-ягодного компонента также является недостаточным: 52% обследованных лиц потребляют фрукты с частотой 1–3 раза в неделю и 38 % – с частотой 4 и более раз в неделю. Чрезвычайно редко потребляются ягоды: 66% употребляют их чрезвычайно редко (0–3 раза в месяц) и 22% – с частотой 1–3 раза в неделю. Определенной компенсацией является потребление фруктовых соков: 52% исследуемых потребляет их с частотой 1–3 раза в неделю, однако более 30% – не чаще 3 раз в месяц.

Выводы. Результаты исследования подтверждают ранее полученные данные специалистов в области гигиены питания об избыточном потреблении людьми молодого возраста хлебобулочных изделий и картофеля, и недостаточном потреблении овощефруктового компонента диеты, рыбы, молочных и мясных продуктов [2].

Литература:

1. Мартинчик А.Н. Методология изучения фактического питания населения // Питание и обмен веществ: сб. науч. ст. – Минск, 2008. – Вып. 3. – С. 190–199.
2. Дурманова С.А., Кедрова И.И. Фактическое питание девушек-подростков и женщин фертильного возраста // Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. – Минск, 2007. – Вып. 10. – С. 430–433.

ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ

Волкова О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Волков В.Н.

Для оценки ранних признаков сердечной патологии изучаются изменения релаксации миокарда. Нарушение диастолической функции (ДФЛЖ) является важным патогенетическим моментом многих заболеваний сердца. Для её оценки используется постоянно-волновая доплерография с определением основных показателей: соотношение скоростей пиков трансмитрального потока (Е/А), время изоволюметрического расслабления левого желудочка (IVRT) и время замедления скорости потока в фазу раннего диастолического наполнения (DT). Исследование ДФЛЖ с помощью данного метода у детей ограничено из-за ряда физиологических особенностей, включая частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолического АД и фракции вы-

броса ЛЖ. Одним из решений проблемы является использование тканевой доплерографии.

Целью исследования было определение нормальных показателей ДФЛЖ у здоровых детей с помощью постоянно-волновой и тканевой доплерографии.

Обследовано 2309 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Обследование проводилось по стандартному протоколу с тканевой доплерографией медиального сегмента фиброзного кольца митрального клапана. Для оценки нормальной ДФЛЖ был выбран 271 ребёнок без лёгочной и сердечной патологии в возрасте 13.1 ± 0.5 лет (62% мальчиков). Мальчики и девочки были сопоставимы по возрасту (13.3 vs. 12.6 лет) и площади поверхности тела (BSA, 1.3 vs 1.4 м²).

При кросскорреляционном анализе выявлены умеренные зависимости между возрастом, BSA, пиком E и IVRT (от 0.42 до 0.49, $p < 0.05$). Учитывая более выраженную зависимость показателей от BSA, в дальнейшем анализе BSA использовался в качестве определяющего фактора для расчёта нормативных показателей.

Регрессионный анализ скоростных показателей трансмитрального потока (пиков E и A) и движения кольца митрального клапана (пиков Em и Am) и их соотношения (E/A и Em/Am, соответственно) выявил достоверные модели стабильных изменений показателей тканевой доплерографии: $Em = 0.00014BSA + 0.1508$ (RI = 0.0134), $Am = 0.00014 \ln(BSA) + 0.0866$ (RI = $7E-05$). Эти зависимости определили, соответственно, и более стабильную модель Em/Am в отличие от E/A ($Em/Am = -0.0114 \ln(BSA) + 1.9288$ RI=0.0009 vs $E/A = 0.00144BSA + 1.7428$ RI=0,0017). Соотношение E/Em имело нисходящий характер ($E/Em = -0.64 \ln(BSA) + 7.6017$) по мере увеличения площади тела, но не превышало 8 у детей с $BSA < 0.5$ м². Корреляционный анализ временных показателей выявил умеренную зависимость IVRT от RR ($R = 0.36$) линейного характера ($IVRT = 1.47944BSA + 49.175$, RI = 0,00902).

Выводы:

1. Показатели тканевой доплерографии митрального кольца предпочтительнее для оценки ДФЛЖ у детей, поскольку имеют более слабую зависимость от преднагрузки, в отличие от аналогичных показателей трансмитрального доплеровского спектра.

2. К наиболее прогнозируемым показателям оценки ДФЛЖ при расчёте нормативов по BSA относятся Em/Am и E/Em.

Литература:

1. Bu'Lock F.A., Mott M.G., Martin R.P. Left ventricular diastolic function in children measured by Doppler echocardiography: normal values and relation with growth // Br Heart J. – 1995. N 73. – P. 334-339.

2. Paulus W.J., Tschope C., Sanderson J.E. et al. How to diagnose diastolic heart failure: a consensus statement on the diagnosis of heart failure with normal left ventricular ejection fraction by the Heart Failure and Echocardiography Association of the European Society of Cardiology // European Heart Journal. – 2007. N 28. – P. 2539-2550.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Волкова О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Несмотря на значительные успехи в лечении детей с Бронхиальной астмой (БА), значительный процент случаев остаются резистентными к противовоспалительной терапии. Это связывают с влиянием различных эндогенных факторов (циткиновый дисбаланс, высокий индекс атопии, генетические рецепторы глюкокортикоидных рецепторов) [1]. Однако окончательно причины возникновения резистентности к терапии не выяснены. Тяжесть течения и прогноз при БА определяется вовлечением в патологический процесс сердца и сосудов. В качестве дебюта сосудистых осложнений выступает эндотелиальная дисфункция, которая, обнаруживаясь

уже на ранних стадиях заболевания, усугубляет нарастающие дыхательную недостаточность, гипоксемию и гипоксию тканей.

Цель – изучение функциональных свойств эндотелия путем исследования его морфологической устойчивости и способности обеспечивать релаксационные свойства сосудов у детей с БА.

Исследования проводились в г. Гродно в течение 2008-2009 гг. на базе УЗ «ГОДКБ». Клинико-лабораторные и инструментальные исследования были выполнены у 97 детей и подростков, больных аллергической формой бронхиальной астмы в возрасте от 7 до 17 лет. Функциональное состояние эндотелия сосудов определяли неинвазивным методом с использованием пробы с реактивной гиперемией по общепринятой методике, в модификации. Распределение больных аллергической формой БА в зависимости от степени тяжести, давности заболевания, возраста и пола представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных аллергической формой бронхиальной астмы в зависимости от степени тяжести, давности заболевания, возраста и пола

Тяжесть заболевания	Давность заболевания, годы			Возраст, годы			Пол		Всего, %
	1-2, %	3-4, %	5 и более, %	7-10, %	11-14, %	15-17, %	Мальчики, %	Девочки, %	
Легкая	34,0	21,6	5,2	18,6	31,9	10,3	51,5	9,3	60,8
Средняя	15,5	11,3	9,3	13,4	15,5	7,3	28,8	7,3	36,1
Тяжелая	-	1,0	2,1	-	2,1	1,0	2,1	1,0	3,1
Итого	49,5	38,9	16,6	32,0	49,5	18,6	82,5	17,5	100,0

Установлено, что у больных в стадии обострения бронхиальной астмы Δ ПК_{макс} при реактивной гиперемии оказался менее выраженным ($10,3 \pm 4,6\%$), чем у детей в периоде ремиссии заболевания ($28,4 \pm 4,2\%$). Недостаточный прирост кровотока (Δ ПК_{макс} < 10%), свидетельствующий о патологическом снижении ЭЗВД и трактуемый как дисфункция эндотелия, достоверно чаще встречался у детей в периоде обострения бронхиальной астмы ($41,6 \pm 5,1\%$), чем у детей в периоде ремиссии ($15,3 \pm 5,3\%$) ($p < 0,05$). Также исследования показали, что степень Δ ПК_{макс} в предплечье при выполнении теста с реактивной гиперемией оказалась выше у детей с давностью заболевания до 2 лет ($30,8 \pm 4,6\%$), тогда как при длительности заболевания более 5 лет она была существенно ниже ($9,2 \pm 4,2\%$) ($p < 0,05$).

В результате исследования функциональных свойств эндотелия выявлено, что у детей с БА в стадии обострения наблюдается снижение ПК_{макс}, по сравнению с аналогичными показателями в стадии ремиссии. На показатели эндотелийзависимой вазодилатации отрицательно влияет давность заболевания.

Литература:

1. Уразова С. Н., Галимгожина Н.И., Розенсон Р.И. Особенности бронхиальной астмы у детей при сопутствующей эндокринной патологии // Астана медицинский журналы. – 2004. – № 4. – С. 11–14.

СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ВО ФРАНЦУЗСКОМ ЯЗЫКЕ

Волошук И.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Солодовникова Н.А.

Данная исследовательская работа посвящена изучению особенностей медицинской терминологии во французском языке. Объектом данного исследования являются способы словообразования медицинских терминов в современном французском языке. Выбор темы обусловлен ее актуальностью. Лексика французского языка

широко отражает общественную жизнь человека и поэтому находится в состоянии непрерывного изменения. Каждое новое явление, изобретения, открытые в науке, в частности в медицине, получают свои наименования, при этом либо создаются новые слова и словосочетания, либо используются прежние слова в новом значении.

Цель работы. Провести анализ словообразовательной системы французского языка и выявить новые тенденции в образовании медицинских терминов. Поставленная цель конкретизируется в следующих задачах:

1. Ознакомиться с основными понятиями терминологии и словообразования.
2. Рассмотреть способы словообразования терминов во французском языке.
3. Выделить характерные черты словообразования медицинской терминологии.
4. Проанализировать медицинские термины с точки зрения их происхождения.

Цели и задачи определили структуру данной работы. Исследовательская работа состоит из введения, двух глав (теоретической и практической), выводов по главам, заключения и приложения. В процессе исследования использовались такие методы исследования, как:

1. Описательно-классификационный метод лингвистического исследования, представленный такими приемами, как сбор и рассмотрение, сопоставление, обработка, систематизация и интерпретация материала.
2. Сопоставительно-типологический метод, представленный такими приемами, как сопоставление заимствованного термина с эквивалентным.
3. Дескриптивный метод, который заключается в описании, объяснении и анализе изучаемых явлений.
4. Метод подсчёта.

Для исследования мы выбрали клиническую терминологию, проанализировали 600 терминов.

Результаты данного исследования заключаются в том, что значительная часть медицинской терминологии в современном французском языке создана с помощью латинских и греческих корней. Латинские элементы играют важную роль в образовании медицинской терминологии, а греческие элементы наиболее широко распространены именно в клинической терминологии.

Литература:

1. Цыбова И.А. Французский язык. Словообразование. «Московский лицей», 1996;
2. Степанов Ю.С. Структура французского языка. – М.: Высшая Школа, 1985;
3. Кубрякова Е.С. Что такое словообразование?. – М., 1980.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ

Волчецкий Е.В., Гаряева К.К., Гончарук Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Егорова Т.Ю.

Частота многоплодной беременности (МБ) в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5% [3]. В настоящее время наблюдается очевидная тенденция к увеличению частоты её наступления [2, 3]. К основным факторам, способствующим МБ, относятся наследственный фактор, высокий паритет, аномалии развития матки, наступление беременности сразу после прекращения использования оральных контрацептивов, на фоне использования средств для стимуляции овуляции, при экстракорпоральном оплодотворении и переносе эмбрионов. На данный момент имеется тенденция к увеличению удельного веса МБ среди возрастной группы 26–28 лет. Это также может быть связано с современными методами лечения бесплодия [3].

При МБ осложнения развиваются значительно чаще, чем при одноплодной, поэтому ее следует отнести к состояниям, занимающим пограничное положение между физиологией и патологией [1, 2]. У женщин, имеющих сочетанные соматические заболевания, отмечают их обострение практически в 100% случаев. Значительно чаще встречаются различные перинатальные осложнения. Материнская заболеваемость и смертность при МБ возрастает в 3–7 раз по сравнению с одноплодной. [1].

Целью данного исследования являлось изучение особенностей течения беременности и родов у женщин с многоплодием.

Материалы и методы исследования. Было изучено течение 112 беременностей и родов женщин с МБ за период 2008–2009 гг. на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр».

Результаты исследования. В изученной группе средний возраст рожениц составил 27,3 лет, при этом основное количество случаев МБ пришлось на возрастной интервал 19–29 (67,85%). МБ явились результатом экстракорпорального оплодотворения в 14,29%. Беременность завершилась преждевременными родами в 66,07% случаев. Течение беременности осложнилось у 41,96% исследуемых истмико-цервикальной недостаточностью, у 41,96% женщин – фетоплацентарной недостаточностью (ФПН). Гестоз развился у 41,96% женщин. Часто встречаемой экстрагенитальной патологией явились: простудные заболевания (66,07%), миопия (19,64%), заболевание щитовидной железы (11,61%), хронический пиелонефрит (9,82%).

Выводы:

1. Большой процент оперативного родоразрешения при МБ (71,43%).
2. Многоплодие в результате использования современных репродуктивных технологий наступила в 16,96%.
3. Преобладание однойцевых двоен (63,39%), дискордантность массы тела при рождении (16,07%), являются факторами риска в увеличении неонатальной заболеваемости.
4. Именно поэтому важна ранняя диагностика как собственно многоплодия, так и его осложнений, с целью оптимизации тактики ведения беременности и родов, профилактики развития ФПН, своевременной коррекции истмико-цервикальной недостаточности хирургически или путём введения разгружающего акушерского песария.

Литература:

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Савельева Г.М. // Акушерство: национальное руководство – М.: “ГЭОТАР-Медиа” – 2009 – С. 332 – 339.
2. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. // Руководство по акушерству – М.: “Медицина” – 2006. – С. 574 – 596.
3. Кулаков В.И. // Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2. – “ГЭОТАР-Медиа” – 2006. – С. 143 – 155.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С УЧЕТОМ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Вольская Н.С., Власкина М.С., Пучкова А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научные руководители – д.м.н., проф. Водоевич В.П., ассист. Лемешевская З.П.

Бронхиальная астма (БА) относится к группе психосоматических заболеваний, в патогенезе которых важную роль играет нервно-психический фактор [2]. Этот фактор опосредует свое влияние на функциональное состояние бронхов через симпатические и парасимпатические механизмы регуляции. При действии ацетилхолина происходит сужение бронхов, а при воздействии адреналина – их расширение [3]. При дисбалансе и преобладании одного из отделов вегетативной нервной системы (ВНС) над другим формируется психовегетативный синдром, который усугубляет

проявления и течение основного заболевания и требует коррекции. У 19–51% больных имеет место психогенная провокация приступа [1].

Цель исследования. Доказать преимущество дифференцированного лечения больных БА с учетом психовегетативных нарушений.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 40 больных БА средней степени тяжести, которые лечились стационарно в пульмонологическом отделении 4 ГКБ г. Гродно. У 19 больных по опроснику А.М. Вейна и индексу Кердо преобладал симпатический отдел ВНС и по госпитальной шкале HADS отмечался высокий уровень тревоги (1 гр.). У 14 больных БА преобладал парасимпатический отдел ВНС с высоким уровнем депрессии (2 гр.). В комплексную терапию больным 1 гр. был добавлен транквилизатор адаптол по 0,3 г 3 раза в день внутрь, и уменьшалась доза адреномиметика короткого действия. Больным 2 гр. в комплексную терапию включался антидепрессант амитриптилин 0,025 г 3 т. днем и 1 таб. на ночь, а адреномиметики короткого действия заменялись на холинолитики («Атровент»).

Полученные результаты. После 10-дневного стационарного лечения у больных 2 гр. замена адреномиметиков на холинолитики позволила улучшить клиническое течение заболевания (уменьшить кашель и количество вязкой мокроты, ускорить купирование обострения заболевания на 2 дня по сравнению с контрольной группой), что подтверждено данными спирографии и пикфлоуметрии, а у больных с сопутствующей артериальной гипертензией – снизить дозу антигипертензивных средств на 50 %.

Назначение транквилизатора больным 1 гр. и антидепрессанта больным 2 гр. позволило достоверно снизить повышенные уровни как тревоги, так и депрессии, улучшить сон у этих больных и уменьшить количество приступов БА в ночное время по сравнению с контрольной группой, где проводилось стандартное лечение.

Выводы. Дифференцированный подход к лечению БА с учетом психовегетативных нарушений позволяет получить экономический эффект – сократить сроки пребывания больных в стационаре и уменьшить количество употребляемых препаратов.

Литература:

1. Психовегетативные нарушения у больных бронхиальной астмой / А.М.Убайдуллаева [и др.] // Терапевтический архив. - 1996. – № 3. – С. 44–47.
2. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / Ф.Б.Березин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997. – №4. – С.35–38.
3. Control of airway caliber by autonomic nerves in asthma and in chronic obstructive pulmonary disease / J.C.De Jongste [et al] // American Rev. Respir. – 1991. – № 143. – 1421–1426.

ТОНУС ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Вольская Н.С., Власкина М.С., Пучкова А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Водоевич В.П., ассист. Лемешевская З.П.

Бронхиальная астма (БА) является психосоматическим заболеванием, поэтому при ее лечении следует подходить с точки зрения А.М. Вейна [1], рассматривающего психосоматическое заболевание как трехчленную структуру, в которой выделяют церебральные нарушения, включающие психическую сферу – актуальное психическое состояние, и психанамнез – неврологическое состояние (нейрофизиологические показатели, изменения вегетативно-эндокринной системы) и соматические расстройства.

Цель исследования. Изучить у больных БА тонус вегетативной нервной системы (ВНС) и психоэмоциональный статус, провести взаимосвязь с соматическими

проявлениями заболевания, чтобы наметить пути коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных БА средней степени тяжести смешанной формы, которые лечились стационарно в пульмонологическом отделении 4 ГКБ г. Гродно. Для определения тонуса ВНС использовали опросник А.М. Вейна и индекс Кердо. Оценку уровней тревоги и депрессии производили по госпитальной шкале HADS. Соматические нарушения фиксировались с помощью опроса больных, физикальных и инструментальных методов исследования.

Полученные результаты. У 19 больных БА преобладал симпатический отдел ВНС (I гр.) у 14 – парасимпатический (II гр.). У 7 пациентов не выявлено дисбаланса ВНС (III гр.), индекс Кердо равен нулю ($p < 0,05$). По госпитальной шкале HADS у больных I гр. по шкале тревоги получен результат – 12 ± 1 балла ($p < 0,05$), что соответствует клинически выраженной тревоге, а у больных II гр. по шкале депрессии получен результат – $13 \pm 1,9$ балла ($p < 0,05$), что соответствует клинически выраженной депрессии. У больных III гр. уровни тревоги и депрессии не превышали 8,0 баллов (норма – до 7,0 баллов). Это указывает на то, что при лечении больных необходимо стремиться к устранению дисбаланса ВНС.

Больных I гр., где преобладал симпатический отдел ВНС, беспокоил в основном сухой кашель и в легких выслушивались сухие свистящие хрипы, а у больных II гр., у которых преобладал парасимпатический отдел ВНС, отмечен кашель с большим количеством белой вязкой мокроты, а в легких выслушивались сухие жужжащие хрипы.

Выводы. При лечении больных БА надо учитывать взаимосвязь соматических и психовегетативных проявлений заболевания. При лечении больных I гр. необходимо назначать транквилизаторы и уменьшать дозу адреномиметиков, усиливающих тревогу. При лечении больных II гр. необходимо назначать антидепрессанты, а адреномиметики следует заменять на холинолитики, которые понижают тонус блуждающего нерва и уменьшают образование мокроты в бронхах.

Литература:

1. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – Москва: МИА, 1998. – 346 с.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ Врублевская Е.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра педиатрии № 2

Пиелозктазия является первым признаком обструктивной уропатии у плода, однако единые эхографические критерии расширения лоханки при нарушении уродинамики отсутствуют. По мнению большинства исследователей, динамическому наблюдению подлежат случаи, в которых переднезадний размер лоханки превышает 5 мм во втором триместре и 7 мм в третьем триместре беременности. Однако нет единого мнения, как наблюдать детей, имеющих расширение лоханки, не достигших указанных размеров.

Цель исследования: выявить факторы, предрасполагающие к возникновению инфекции мочевой системы у детей, имеющих антенатально расширение лоханок почек.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели нами были изучены данные фетальных паспортов из 1128 амбулаторных карт детей грудного возраста. Для дальнейшего анализа были отобраны 46 карт детей, у которых антенатально зафиксирована пиелозктазия, то есть переднезадний размер лоханки превышал 5 мм во втором триместре и 7 мм в третьем триместре беременности, а также 269 карт детей, у которых пренатально было выявлено расширение лоханок почек, не достигших указанных параметров. Таким образом, из 1128 амбулаторных карт

было отобрано 315, что составило 27,9%. Был проведен анализ возраста матери, особенностей течения беременности и состояния ее здоровья, наличия изменений в общем анализе мочи у детей.

Результаты. Мальчиков было 54,2%, девочек – 45,8%. Возраст матери на момент рождения ребенка составил: 18-21 год – 27 женщин (8,6%), 22-24 года – 76 (24,2%), 25-29 лет – 119 (37,8%), 30-35 лет – 73 (23,1%), 36-39 лет – 14 (4,4%), 40 и старше – 6 человек (1,9%).

Анализ патологии антенатального периода показал, что в 88,9 % случаев отмечалась сочетанная патология. Так, гестоз был у 20,6% женщин, инфекционная патология диагностирована в 93,6% случаев, фетоплацентарная недостаточность – в 19,4%, другие факторы составили 9,5%. Болезни почек зарегистрированы у 96 женщин (в 30,5% случаев). Нефроптоз диагностирован у 50 матерей (15,9%), гидронефроз – у 15 (4,8%), МКБ – у 6 (1,9%), инфекция мочевой системы (ИМС) – у 25 женщин (7,9%). Инфекции, передаваемые половым путем, были выявлены во время беременности у 21 женщины (6,7%).

Анализ мочи были проведены 232 детям с пренатально выявленным расширением лоханки, при этом выявлено, что 71 ребенок на первом году жизни перенес ИМС (30,6%). Мальчиков, перенесших инфекцию мочевой системы, было 33 (46,5%), девочек – 38 (53,5%).

35 детям, у которых пренатально диагностирована пиелозктазия, на первом году жизни были выполнены анализы мочи и выявлено, что у 8 человек имеется ИМС (22,9%). Из 46 детей с пренатальной пиелозктазией УЗИ почек проведено 14 детям, из них у 8 патологии не выявлено, у 3 – левосторонняя пиелозктазия, у 3 – двухсторонняя пиелозктазия.

У 221 ребенка, у которого пренатально диагностировано расширение лоханок менее 5 мм во втором триместре и 7 мм в третьем триместре беременности, по данным общего анализа мочи выявлено 63 ИМС, что составило 28,5% случаев.

Выводы:

1. Со стороны матери факторами риска развития инфекции мочевой системы у детей является наличие инфекционной патологии у беременных женщин, гестоза, фетоплацентарной недостаточности, патологии почек у матерей.

2. По данным фетальных паспортов почти у 1/3 детей (27,9%) выявляется расширение лоханок почек.

ВЛИЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТРЕССОВ НА ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Н.В. Выберанец, А.В. Жданович

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ассист. Синяк В.Г.

В настоящее время к проблеме профессионального стресса обращено особое внимание психологов, так как в современном обществе меняется отношение людей к работе, работающие теряют уверенность в стабильности своего социального и материального положения. Человек, встречаясь с какой-то сложностью, не может полноценно реализовать накопившуюся энергию и тогда эта энергия начинает разрушать самого человека и, как следствие, растёт психическое, эмоциональное напряжение, связанное со стрессом на рабочем месте. Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов. Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ. Клиническая картина СЭВ многогранна и

состоит из ряда психопатологических проявлений, психосоматических расстройств и признаков социальной дисфункции.

В данной работе использовался метод анкетирования с помощью личностного опросника Айзенка, тестирования синдрома «эмоционального выгорания».

В анонимном анкетировании с помощью личностного опросника Айзенка и теста по определению синдрома «эмоционального выгорания» участвовали 102 респондента – врачи (терапевты, гинекологи, зубные врачи, педиатры и др.), медицинские сестры. В ходе определения основных свойств личности выявлено, что среди респондентов выраженные интроверты составили 7,3%, интроверты – 59%, экстраверты – 10%. Норма наблюдалась в 23 случаях. Анализируя такой показатель, как нейротизм, характеризующий нервно-психические процессы, имеем следующую картину. Средний уровень нейротизма характерен для 63,7% респондентов, высокий уровень – 26,7%, низкий уровень – 9,6%. Среди медицинских сестер признаки СЭВ обнаруживаются у 62,9% опрошенных. Фаза резистенции доминирует в картине синдрома у 55,9%; выраженная фаза "истощения" определяется у 8,8% респондентов. Около 80% респондентов нуждаются в психологической помощи, т.е. имеют выраженную одну или несколько фаз эмоционального выгорания. Среди врачей общей практики обнаруживается высокий уровень тревоги в 41 % случаев, клинически выраженная депрессия – в 26 % случаев. Треть врачей использует медикаментозные средства для коррекции эмоционального напряжения, количество употребляемого алкоголя превышает средний уровень. Так, по нашим данным, на употребление алкоголя указывают 83,19 % опрошенных врачей, 81,2 % средних медицинских работников, при этом 42,52 % употребляют слабо- алкогольные напитки (пиво, алкогольные коктейли) более 1 раза в неделю.

Таким образом, несмотря на достаточно большое количество исследований по данной проблеме, эта тема остается актуальной. Этим объясняется большой процент лиц с высоким уровнем нейротизма, высоким уровнем выгорания, обнаруженный нами в обследуемой группе, что свидетельствует о наличии высокого риска снижения качества здоровья и субъективного благополучия.

Литература:

1. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – Спб.: Питер, 2003. – с.548–549.
2. Психология личности и труда врача: Курс лекций / Б.А. Ясько.- Ростов н\Д: Феникс, 2005.- с.9–10.

К ВОПРОСУ ОБ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ СТУДЕНТА МЕДУНИВЕРСИТЕТА

Гайда И.Ю., Дудук С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Актуальность исследования обусловлена тем, что здоровье студенческой молодежи является необходимым условием в обучении. Высокая умственная и психо-эмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, кризис нравственных ценностей, неуверенность в своем будущем, смена места жительства и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций. В доступной нам литературе, исследований посвященных комплексной оценке физической активности и питания студентов медицинских средних специальных учебных заведений, формирующих будущий трудовой потенциал работников здравоохранения среднего звена, практически не встречается.

Целью явилось изучение состояния основных составляющих здорового образа жизни, физической активности и питания у студентов УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Материал и методы исследования. Для проведения исследования была разработана анкета, включающая вопросы характеризующие условия труда и отдыха, организацию, оценку состояния здоровья и питания, социально-гигиенические аспекты студенческой молодежи и наличие вредных привычек. Объектом исследования являлась совокупность студентов, единицей исследования – студент. Методом случайной выборки, были взяты для изучения 234 студентов 1-5 курсов, которые были распределены по факультетам следующим образом: лечебный факультет – 122 студента (52,1%), педиатрический – 60 студентов (25,6%), медико-диагностический – 34 студента (14,5%), и медико-психологический – 18 студентов (7,8%).

Результаты и выводы. Распределение по полу: 78,6% – девушки, 21,4% – парни. Из опрошенных только 4,3% состояли в браке. 10,7% студентов работают в свободное от учёбы время. 60,4% опрошенных жалуются на недостаток времени на отдых. Студенты медики обычно ложатся спать после 24 часа (44,%), между 23 и 24 ч – 35%. 81,6% студентов постоянно чувствуют переутомление. К концу недели устают 41,9%, а уже к середине недели переутомление чувствуют 23,1%. Изучение структуры свободного времени показало, что студенты на занятие физической культурой и спортом, прогулке на свежем воздухе отводят только 4,3% времени.

Низкая физическая активность отмечается почти у 76% студентов. Регулярно делают утреннюю гимнастику лишь 10% студентов, систематически занимаются спортом всего 25%. Выявлено, что только у 17% учащейся молодежи недельная двигательная активность соответствует должным величинам.

18,4% студентов не завтракают 12 % – не обедают, а 10% – не ужинают. Питание считают однообразным каждый третий студент. В рационе студенты выделяют следующие недостатки: нехватка рыбы – 40,6%, фруктов – 22,2%, молочных продуктов – 18,8%, мясных – 12,4%, овощей – 2,6%. При анализе антропометрических показателей адекватности питания студентов было установлено, что 25,5% студентов имеют недостаточную массу тела – ИМТ 18,5 кг/м², среди них 20,8% девушек, и 4,6% юношей. А избыточную массу тела – ИМТ от 25 до 30 кг/м² всего 2,8% студентов. 58,1 % студентов-медиков не принимают витамины или минеральные комплексы.

Выводы: Выявлены признаки белково-энергетической недостаточности у студентов. Студенты питаются нерегулярно, в основном, 1-2 раза в день. Нуждаются в коррекции питания и рекомендации специалистов 42,7% обучающихся. Большинство студентов тратят на сон менее 7 часов. Каждый десятый студент освобожден от занятий физической культурой. Количество случаев заболеваний ко второму курсу увеличивается на 23,2%, а к четвертому – в два раза.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Гайдук А.В., Дюрдь В.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гаврилик Б.Л.

Послеоперационные вентральные грыжи всегда являлись одной из наиболее сложных задач хирургии. Это связано с разнообразием причин формирования грыж, видами грыж брюшной стенки и многообразием способов их лечения. Однако, несмотря на множество хирургических способов лечения послеоперационных вентральных грыж, отдаленные результаты их лечения не утешительны. Частота рецидивов колеблется в пределах 20 – 40%. К причинам рецидивов можно отнести натяжение тканей при пластике, повышение внутрибрюшного давления после операции, нарушение созревания рубцовой ткани, непрочность ее. Поэтому тенденция к выполнению герниотомий с использованием синтетических материалов и методики ненатяжной пластики имеет определенное преимущество перед операциями, где применяются разнообразные методы пластики грыжевых ворот местными тканями.

Цель настоящего исследования проведение сравнительного анализа различных способов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж путем анкетного опроса и осмотра больных в отдаленные сроки после операции.

Нами проведен ретроспективный анализ 21 истории болезни пациентов, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г.Гродно в период с 2007 по 2008 годы. Мужчин было – 3 (14,3%), женщин – 18 (85,7%). Грыжи брюшной стенки сформировались в сроки от 2 до 17 лет после полостных гинекологических операций, а также оперативных вмешательств на билиарной системе и по поводу деструктивного аппендицита посредством лапаротомии. У 13 (61,9%) из них произведена герниотомия и комбинированная пластика грыжевых ворот с использованием сетчатого полипропиленового эксплантата, у остальных пластика грыжевых ворот выполнена местными тканями. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Помимо изучения историй болезни, всем пациентам были разосланы анкеты с вопросами, после ответа на которые можно было судить об общем состоянии больных, их трудоспособности, наличии осложнений в отдаленном послеоперационном периоде, рецидиве грыжи на момент получения анкеты. На анкеты ответили 10 человек, которым выполнялась пластика с использованием полипропиленовой сетки, и 6 человек, у которых эксплантат не применялся. Оценка отдаленных результатов проводилась по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и плохие результаты. Результаты лечения считались хорошими, если у пациентов отсутствовали жалобы на тошноту и рвоту, боли и вздутие живота, отмечался регулярный стул, не было осложнений в отдаленном послеоперационном периоде со стороны раны, не наблюдалось рецидива грыжи. К удовлетворительным относили результаты, когда у больных периодически возникали вздутие живота и дискомфорт, в области операционного доступа образовывались лигатурные свищи или инфильтраты, однако рецидива грыжи не было. Результат считался плохим, если наступил рецидив грыжи.

В первой группе больных хорошие результаты наблюдались в 60,0% случаев, удовлетворительные – в 30,0%, плохие – в 10,0%. Во второй группе больных хорошие отдаленные результаты отмечались в 50,0% случаев, удовлетворительные – 16,6%, плохие – 33,4%.

Таким образом, использование синтетических трансплантатов в герниопластике послеоперационных вентральных грыж дает лучший отдаленный результат.

АНАЛИЗ ВРЕМЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ У ЗДОРОВЫХ ИСПЫТУЕМЫХ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ

Галецкая О.С., Черник И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н. Дорохина Л.В.

Нарушения биоритмов, связанные с переводом часов на зимнее и летнее время, работой в ночные смены, перелетами со сменой часовых поясов – привлекает к себе большое внимание, в связи с выраженным негативным влиянием на функциональное состояние организма. Десинхроноз может отражаться на различных подсистемах, включая клеточный уровень. Более выраженные нарушения наблюдаются у людей со слабостью адаптационных процессов. В доступной литературе нам встретились лишь единичные указания на изменение ЭКГ показателей в условиях перехода на зимнее время.

Цель работы состояла в оценке показателей ЭКГ у здоровых испытуемых при переходе на зимнее время.

Для достижения поставленной цели была проведена запись ЭКГ у 10 здоровых испытуемых. У каждого испытуемого регистрировалось приблизительно по 30 кардиоциклов до и после перевода часов на зимнее время. Запись велась с помощью

электрокардиографа «ЭК1Т-03М2» во втором стандартном отведении со скоростью 50 мм/с. Были измерены временные параметры всех ЭКГ циклов. Полученные данные анализировали при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

В результате проведенных исследований выявлены достаточно большие межиндивидуальные различия в реакции на перевод часов. Тем не менее, обнаружались достоверные общие тенденции изменения показателей ЭКГ в ответ на сбой биоритма. В частности, произошло достоверное удлинение зубца Р и комплекса QRS, в сочетании с существенным укорочением длительности интервалов PQ, ST и PP. Длительность зубца Т также уменьшилась, но изменения не достигали уровня значимости.

Учитывая вышесказанное, для выявления динамики типов ЭКГ полученные вариационные ряды кардиоциклов проанализировали методом кластерного анализа (K-means).

Выявлено 6 кластеров, отличающихся как по средним показателям, так и по вариабельности параметров внутри кардиоцикла. После перевода часов уменьшается доля кардиоциклов, относящихся к кластерам с меньшим разбросом показателей, а возрастает количество кардиоциклов с дисгармоничными профилями параметров. Наблюдаемые изменения высоко достоверны при тестировании непараметрическими методами.

Выводы. В заключение следует отметить, что переход на зимнее время сопровождается даже у молодых здоровых испытуемых характерными изменениями как отдельных показателей ЭКГ, так и возрастанием доли дисгармоничных кардиоциклов. Следовательно, у лиц со сниженными функциональными и адаптационными возможностями сердечно-сосудистой и нервной системы может в подобных ситуациях возрастать риск обострения заболеваний.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Галкина Е.В., Шлавенец Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Авдей Г.М.

Неврологические осложнения сахарного диабета (СД) остаются одной из актуальных проблем современной медицины [5]. Частота развития различных форм невропатии при СД составляет 65–80% [2]. Диабетические полинейропатии (ДПН) являются поздним осложнением СД и развиваются в результате метаболических нарушений, приводящих к патологии самих нервных волокон и их сосудистого обеспечения [1]. Наиболее часто встречающейся формой ДПН является сенсомоторная полинейропатия, которая обычно сочетается с автономной (вегетативной) нейропатией. Поражение толстых и тонких волокон приводит к снижению вибрационной, температурной и болевой чувствительности в дистальной отделах ног, что является причиной развития язвы стопы и последующей ампутации конечности. В последующие годы растет число больных СД, у многих развивается стойкая утрата трудоспособности, резко снижается качество жизни [4].

Цель работы. Изучить выраженность боли и ее влияние на жизнедеятельность пациентов, психоэмоциональное состояние и качество жизни мужчин и женщин с ДПН с целью оценки влияния заболевания на жизнь пациентов, определения их индивидуальной реакции на болезнь с последующей выработкой мероприятий по преодолению нежелательных переживаний и по выработке позитивного отношения больных.

Материал и методы исследования. Обследованы 22 пациента (12 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 30 до 70 лет, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Гродненской областной клинической больницы с верифицированным диагнозом: компенсированный СД 1-го или 2-го типа, ДПН. У

всех больных применялись сахароснижающие препараты (инсулин, диабетон) в дозах, обеспечивающих эугликемию, сосудорасширяющие препараты (трентал, никотиновая кислота) и витамины группы В (В1, В6).

Для оценки объективного статуса пациентов использована шкала диабетической полинейропатии. Анализ психоэмоционального состояния пациентов проводился с помощью опросников: Спилберга-Ханина (ситуативная и личностная тревожность), Бека (депрессия). Интенсивность боли и ее влияние на жизнедеятельность больных оценивали по краткому болевому опроснику, Мак-Гилловскому болевому опроснику и шкале Вандербилта. Для оценки качества жизни использовали русскую версию Medical Outcomes Study Schort Form (SF-36) [3].

Результаты исследования. У всех обследуемых больных установлены умеренной выраженности боли в ногах ($1,3 \pm 0,14$ – женщины (Ж) и $1,1 \pm 0,08$ – мужчины (М)), сопровождающиеся чувством жжения ($0,7 \pm 0,17$ – Ж, $0,3 \pm 0,17$ – М), парестезиями ($1,3 \pm 0,19$ – Ж, $0,8 \pm 0,2$ – М) и онемением ($1,1 \pm 0,11$ – Ж, $1,1 \pm 0,15$ – М). При этом объективно наблюдалось снижение всех видов чувствительности: вибрационной ($1,0 \pm 0,06$ – Ж, $1,1 \pm 0,23$ – М), тактильной ($0,7 \pm 0,17$ – Ж, $0,5 \pm 0,20$ – М), болевой ($0,6 \pm 0,18$ – Ж, $0,9 \pm 0,15$ – М), температурной ($0,3 \pm 0,21$ – Ж, $0,6 \pm 0,20$ – М) и сухожильных рефлексов ($1,3 \pm 0,40$ – Ж, $1,6 \pm 0,20$ – М). Отмечено различие интенсивности болевого синдрома и его влияние на жизнедеятельность у женщин и мужчин. Наибольшая выраженность болей в ногах выявлена у лиц женского пола ($5,2 \pm 0,63$, $10,4 \pm 1,4$ (Мак-Гилловский опросник)) в сравнении с мужчинами ($3,4 \pm 0,53$, $p < 0,05$, $6,5 \pm 1,0$, $p < 0,05$). При этом низкие показатели по шкале боли (BP) у женщин по отношению к мужчинам ($31,8 \pm 3,98$ – Ж, $43,5 \pm 2,22$, $p < 0,05$) указывают на то, что болевые ощущения вмешиваются в повседневную деятельность пациентов и ее ограничивают. У женщин в большей мере выявлены затруднения в способности передвигаться ($5,8 \pm 0,51$ – Ж, $3,9 \pm 0,5$ – М, $p < 0,05$), в работе на дому ($6,7 \pm 0,57$ – Ж, $3,3 \pm 0,55$ – М, $p < 0,01$) и профессиональной деятельности ($7,3 \pm 0,71$ – Ж, $4,7 \pm 0,48$ – М, $p < 0,01$). Оценивая низкие показатели шкал физического функционирования (PF) ($30,4 \pm 4,59$ – Ж, $58,0 \pm 8,65$ – М, $p < 0,05$) и ролевого физического функционирования (RP) ($100,0 \pm 12,60$ – Ж, $175,0 \pm 16,72$ – М, $p < 0,01$), установлено, что меньшая физическая нагрузка, которую может выполнить больной, проблемы со здоровьем, в частности, с физическим состоянием, ограничивающим повседневную деятельность пациента, присущи были женщинам. Независимо от пола, все больные с ДПН оценивали свое состояние (GH) как плохое ($27,5 \pm 3,94$ – Ж, $29,0 \pm 5,02$ – М), с упадком сил и жизнедеятельности (VT) ($40,8 \pm 1,94$ – Ж, $42, \pm 4,18$ – М). В целом, физический компонент здоровья (PH) у всех пациентов с ДПН был низким ($40,1 \pm 2,26$ – Ж, $47,9 \pm 1,82$ – М, $p < 0,05$), но в большей степени низкая физическая активность была присуща лицам женского пола.

Умеренная ситуативная тревожность (ST) выявлена у всех больных с ДПН ($36,9 \pm 3,12$ – Ж, $3,28 \pm 3,05$ – М), однако выраженная личностная тревожность (LT) ($53,1 \pm 2,5$ – Ж, $45,1 \pm 2,64$ – М, $p < 0,05$) и значительные депрессивные расстройства ($19,3 \pm 1,23$ – Ж, $16,4 \pm 1,41$ – М) были характерны для лиц женского пола. Психическое неблагополучие, переживания, тревога по поводу своего заболевания и перспектив лечения (MH) касались женщин ($54,0 \pm 2,02$ – Ж, $60,4 \pm 2,06$ – М, $p < 0,05$). Их эмоциональное состояние (RE) значимо влияло на повседневную деятельность ($127,8 \pm 16,79$ – Ж, $230,1 \pm 26,46$ – М, $p < 0,01$) и на взаимоотношения с окружающими людьми, на их участие в жизни общества (SF) ($54,2 \pm 3,83$ – Ж, $62,5 \pm 3,34$ – М, $p < 0,05$). В целом, психологический компонент здоровья (MH) у женщин с ДПН был ниже, чем у мужчин ($67,1 \pm 2,82$ – Ж, $77,3 \pm 2,61$ – М, $p < 0,05$).

Таким образом, у всех больных с ДПН установлена степень выраженности болевого синдрома и его влияние на жизнедеятельность, изменения психоэмоционального состояния и качества жизни.

Выводы:

1. У всех больных с ДПН имели место субъективные и объективные симпто-

мы заболевания.

2. Наибольшая выраженность болевого синдрома и его влияния на жизнедеятельность отмечена у лиц женского пола с ДПН.

3. У всех пациентов с ДПН выявлены изменения психоэмоционального состояния: умеренная депрессия и ситуативная тревожность – у мужчин – и значительные личностная тревожность и депрессивные расстройства – у женщин.

4. У всех больных с ДПН установлены низкие показатели качества жизни. У лиц женского пола физический и психологический компоненты здоровья были ниже, чем у мужчин.

5. Вышеизложенные нарушения психоэмоционального состояния, изменения качества жизни – требуют разработки мероприятий в преодолении нежелательных переживаний и позитивного отношения к лечению.

Литература:

1. Антиоксидантная терапия диабетической полинейропатии и ретинопатии у больных с диабетом типа 2: эффективность танакана /И.А. Строков [и др.] //Неврологический журнал, 2003. – N 2. – С. 20–27.

2. Баранцевич Е.Р. Подходы к терапии неврологических проявлений сахарного диабета /Е.Р. Баранцевич, О.В. Посохина //Журн. Неврологии и психиатрии, 2010. – N 4. – С. 63 – 66.

3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова – Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 456 с.

4. Качество жизни пациентов с диабетической полинейропатией /Л.А. Капустина [и др.] //Журн. Неврологии и психиатрии, 2009. – N 3. – С. 47–52.

5. Мохорт Т.В. Диабетическая полинейропатия (патогенез, клиника, диагностика, лечение) /Т.В. Мохорт, Д.И. Ромейко – Минск, «ДокторДизайн», 2008. – 36 с.

КЕФАЛОГЕМАТОМЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН: ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Ганчар Е.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Егорова Т.Ю.

Актуальность. Кефалогематома является одним из проявлений повреждения головки плода в родах. В ряде случаев о качестве оказываемой акушерской помощи в стационаре судят по частоте кефалогематом у новорожденных. По данным различных авторов, это осложнение формируется у 0,2–2,5% новорожденных [1,2]. Проведена взаимосвязь возникновения поднадкостничного кровоизлияния с применением вакуум-экстракции плода, акушерских щипцов [2]. Роль других травмирующих факторов остается до конца не выясненной. Можно предположить, что механизмы образования кефалогематом у новорожденных первородящих и повторнородящих женщин будут несколько различны.

Цель исследования. Изучить механизмы, приводящие к формированию кефалогематом у новорожденных первородящих женщин.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 110 диспансерных карт беременных женщин, историй родов и карт новорожденных. Основная группа включала 65 случаев рождения детей с кефалогематомой у первородящих женщин, в контрольную группу вошли 55 случаев рождения здоровых детей у первородящих женщин. К критериям исключения относились ситуации: оперативные роды (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода); преждевременные роды.

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе групп женщин выявлено, что возрастной состав исследуемых групп был идентичным. При наружной пельвиометрии в исследуемых группах были выявлены различия в частоте встречаемости анатомически узкого таза. Анатомически узкий таз в основной группе встречался у 38,5% женщин, в контрольной – в 18,2% ($p < 0,05$). Не выявлены достоверные

различия в общей продолжительности родов, продолжительности родов по периодам, скорости раскрытия шейки матки в латентной и активной фазе 1 периода родов, продолжительности безводного периода ($p > 0,05$). Проведенное исследование выявило значимое различие весоростовых характеристик новорожденных основной и контрольной групп ($p < 0,05$). Дети с кефалогематомой превосходили здоровых детей в весе ($3554,8 \pm 474$ г в основной группе и 3349 ± 326 г в контрольной), росте ($52,1 \pm 2$ см в основной группе и $50,7 \pm 3$ см в контрольной). Выявлено, что каждый пятый новорожденный (20%) с кефалогематомой весил более 4 кг. Такая разница весоростовых показателей сформировалась несмотря на то, что в основной группе 7,7% детей родились с синдромом задержки развития, в контрольной группе дети с гипотрофией не встретились. При проведении анализа морфофункциональной зрелости родившихся детей исследуемых групп выявлены следующие отличия: основная часть здоровых детей (92,3%) родилась с признаками зрелости.

Выводы: к факторам риска возникновения кефалогематом у новорожденных первородящих женщин относятся состояния, способствующие механическому препятствию продвижения головки плода в родах – макросомия, анатомическое сужение таза. Не менее важное значение в усугублении механического воздействия в родах имеет состояние здоровья ребенка: морфофункциональная незрелость (16,9%), циркуляторная гипоксия – пуповинный фактор (53,9%).

Литература:

1. Радзинский, В. Е. Доношенные дети, подвергшиеся реанимации. Анализ акушерской тактики/ Радзинский В.Е.//Акушерство и гинекология.- 2007.- № 3.- 42-47.
2. Кравченко Е, Н. Факторы риска родовой травмы / Кравченко Е.Н. // Акушерство и гинекология.- 2007 . – №3.- 10-13.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У КУРЯЩИХ ЖЕНЩИН

Ганчар Е.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Егорова Т.Ю.

Актуальность. Практически во всех странах мира отмечается тенденция к увеличению числа курящих женщин. Среди беременных и кормящих в промышленно развитых странах курящие составляют 20–25% [1,2]. Несмотря на активную антитабачную пропаганду, большинство женщин продолжают курить на протяжении всей беременности [2].

Цель исследования. Изучить особенности течения беременности у курящих женщин.

Материалы и методы. С целью выяснения влияния табакокурения на течение гестации и состояние плода был проведен ретроспективный анализ 98 диспансерных карт беременных женщин. Основную группу составили 68 (69,4%) пациенток, курящих во время беременности. В контрольную группу были включены 30 (30,6%) беременных, не имевших в анамнезе табакокурения. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ EXCEL, STATISTICA 6,0.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток был сопоставим в основной и контрольной группах и составил $26,2 \pm 3,8$ года, $27,1 \pm 2,2$ года, соответственно. Количество выкуренных сигарет в сутки женщинами основной группы составило в среднем $8,2 \pm 2,3$. В группе курящих 36,8% пациенток смогли несколько уменьшить количество выкуриваемых сигарет. При анализе течения беременности у курящих пациенток достоверно чаще развивалось такое осложнение, как угроза прерывания: 55,9%, у пациенток контрольной группы – 23,3% ($p < 0,05$). Угроза прерывания беременности у курящих женщин имела более длительное и затяжное течение. Вторым по частоте встречаемости гестационным осложнением у пациенток основ-

ной группы явилась плацентарная недостаточность. У курящих женщин во время беременности плацентарная недостаточность развилась в 52,9% случаях, у некурящих – 13,3% ($p < 0,05$). Задержка внутриутробного развития плода выявилась у 36,4% курящих пациенток, у пациенток контрольной группы – 6,7% ($p < 0,05$). Декомпенсированная форма плацентарной недостаточности наблюдалась у 7,4% женщин из основной группы, декомпенсации плацентарной недостаточности у женщин из контрольной группы не было. Высокую частоту плацентарной недостаточности у женщин с никотиновой зависимостью можно объяснить токсическим воздействием никотина и других компонентов табачного дыма на сосудистую систему. Достоверно различимы сравниваемые группы по частоте развития анемии во время беременности. У курящих пациенток данное осложнение гестации развилось у 45,6%, тогда как у некурящих – 20% ($p < 0,05$). Это можно объяснить неблагоприятным действием окиси углерода, угнетением эритропоэза в результате хронической никотиновой интоксикации. У 5,9% курящих пациенток развилась анемия средней степени тяжести, в контрольной группе среднетяжелого течения анемии не было. Острые респираторные заболевания чаще осложняли течение беременности у курящих пациенток – 30,9%, у женщин контрольной группы данное осложнение встречалось у 10% ($p < 0,05$). Это можно объяснить наличием у курильщиц структурных изменений в бронхиальном дереве, развивающихся под влиянием табачного дыма. Достоверных различий по частоте развития гестозов в сравниваемых группах выявлено не было.

Выводы. Табакокурение во время беременности повышает риск развития таких осложнений, как угроза прерывания беременности (55,9%), плацентарная недостаточность (52,9%), анемия (45,6%), острые респираторные заболевания (30,9%).

Литература:

1. Андреева, Т.И. Табак и здоровье / Андреева Т.И., Красовский К.С. // Киев. – 2004. – 161-181 с.
2. Иванов, В.М. Динамика распространения привычки к курению среди беременных женщин / Иванов В.М., Осокина Л.Г. // Здравоохранение РФ. – 1995.- 6.- 26-29 с.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Глуткин А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – д.м.н. Ковальчук В.И.

Термические поражения продолжают оставаться актуальной проблемой в urgentной медицине, что обусловлено высокой частотой встречаемости данного вида повреждений, тяжёлым клиническим течением, сопровождающимся развитием полиорганной недостаточности и длительностью лечения [Будкевич Л.И. и др., 2004; Заина И.А., Цаприлова Н.Н., 2008, Часнойть Р.А. и др., 2008]. В Республике Беларусь ежегодно обращаются за медицинской помощью около 30 тысяч пострадавших с ожогами, из них на долю детей приходится свыше 15% [Кошельков Я.Я. и др., 2008]. У детей термические поражения являются наиболее распространенными и тяжёлыми из всех травматических повреждений. При обширных ожогах имеет место развития ожоговой болезни. Данная патология включает первичное локальное поражение покровов и вторичное нарушение функции всех органов и систем. Иницирует развитие шока, развивающегося сразу после получения распространенных по площади и глубоких термических повреждений кожи [Алексеев О.О. и др., 2000; Шано В.П. и др., 2006]. Продолжительность шока зависит от площади и глубины поражения, а также своевременности и адекватности проводимого лечения [Erickson E.J. et al., 1991]. Тяжесть и прогноз являются важным аспектом в адекватном лечении, определяются в первую очередь площадью и глубиной поражения кожного покрова. На наш взгляд актуальной проблемой остаётся оценка тяжести состояния ре-

бёнка после получения обширной ожоговой травмы на догоспитальном этапе (приёмное отделение).

Основными критериями, характеризующими, ожоговую травму являются возраст, площадь, глубина. Чем меньше возраст, тем больше вероятности развития ожогового шока. Для определения глубины ожоговой травмы нужно учитывать следующие моменты: анамнез ожоговой травмы (температура повреждающего агента, длительность экспозиции воздействия, теплопроводность травмирующего агента), местный осмотр ожоговой раны (согласно классификации термических ожогов по глубине, принятой по предложению А.А. Вишневого на 27 съезде хирургов СССР (1960 г.)), применение диагностических проб. Также на глубину поражения влияют: состояние кожного покрова до ожога, общее состояние пострадавшего, возраст пострадавшего, локализация ожога. Для определения площади ожога рекомендуем использовать правило ладони – 1-1,1%, таблицу Lund и Browder (1944 г.), где определяется площадь поверхности (%) отдельных анатомических областей тела у детей в зависимости от возраста. Необходимо отметить, что довольно трудно определить точную площадь ожога с использованием даже обоих приведенных методов и зависит от особенностей анатомического строения.

Необходимо использовать на догоспитальном этапе критерии прогнозирования развития ожоговой болезни в зависимости от возраста, площади и глубины ожоговой раны: дети в возрасте до 1 года при поверхностных ожогах 3-5% поверхности тела, глубокий ожог – 1%; от 1 года до 3-х лет при поверхностных ожогах 5-7% поверхности тела, глубокий ожог – 1-3%; от 3-х лет до 10 лет при поверхностных ожогах 7-10% поверхности тела, глубокий ожог – 3-5%; старший возраст при поверхностных ожогах 10-15% поверхности тела, глубокий ожог – 5-7%. Все дети, у которых имеет место или предполагается развитие ожоговой болезни, направляются в отделение интенсивной терапии и реанимации, где уже непосредственно выполняется полная диагностика тяжести поражения и проведения лечебных мероприятий.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА НА УРОВЕНЬ ЦИСТЕИНА И ГОМОЦИСТЕИНА ПРИ ГИПОТЕРМИИ И ПОСЛЕДУЮЩЕМ ОТОГРЕВАНИИ КРЫС

Глуткин С.В., Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.

Гомоцистеин – аминокислота, являющаяся промежуточным продуктом обмена цистеина и метионина. Анализ научной литературы показывает, что развитие гипергомоцистеинемии является причиной развития атеросклероза и тромбоза артерий, усиления липопероксидации, запуска каскада воспалительных реакций и других нарушений [Шевченко О.П., 2004]. Нет данных об изменении концентрации гомоцистеина при отогревании гомойотермного организма после гипотермии, о роли мелатонина в этих процессах.

Цель работы. Изучить влияние мелатонина на уровень цистеина и гомоцистеина в плазме крыс при охлаждении и последующем отогревании.

Крысы (n=48, массой 220–270 г) подвергались холодовому воздействию в течение 120 мин. при температуре воды 19°C, отогревание осуществлялось на протяжении последующих 120 мин. со средней скоростью отогревания 0,6°C/мин за 10 мин. За 30 мин. до холодового воздействия вводился мелатонин внутрибрюшинно в объеме 1 мл (в 1% растворе этанола). В зависимости от способа введения мелатонина животные были разделены на 6 экспериментальных групп: 1-я – контроль; 2-я – гипотермия/отогревание; в следующих группах животные подвергались охлаждению и отогреванию, но предварительно получали мелатонин в дозе 0.1 (3-я), 1 (4-я), 10 (5-я) однократно и 1 мг/кг (6-я) ежедневно в течение 4 суток. Определение уровня цистеина, гомоцистеина в плазме крови крыс осуществляли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с флуоресцентной детекцией [Gilfix B.M., Blank

D.W., Rosenblatt D.S., 1997]. Использовали непараметрические методы статистики – Н-критерий Краскела-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни. Данные представлены в виде медианы (25-й – 75-й процентиля).

В результате гипотермии и последующего отогревания повышаются уровень цистеина (203,68 (191,98-210,73) мкмоль/л, $p<0,05$) и гомоцистеина (9,23 (7,59-10,04) мкмоль/л, $p<0,05$) в сравнении с контролем (126,77 (116,00-144,80) и 6,83 (4,72-7,98) мкмоль/л, соответственно). Введение мелатонина в дозах 0,1 и 1 мг/кг снижает значение цистеина (154,10 (133,31-180,41), $p<0,05$, и 155,99 (138,65-167,39) мкмоль/л, $p<0,05$, соответственно) и гомоцистеина (7,27 (5,61-7,53), $p<0,05$, и 6,00 (5,53-7,22) мкмоль/л, $p<0,05$, соответственно) в сравнении с группой гипотермия/отогревания. Инъекция мелатонина в дозе 10 мг/кг способствует уменьшению концентрации цистеина (157,76 (151,61-161,91) мкмоль/л, $p<0,05$). Введение 1 мг/кг мелатонина в течение четырех дней приводит к снижению уровня гомоцистеина (6,90 (6,65-8,31) мкмоль/л, $p<0,05$) в сравнении с группой гипотермия/отогревание, однако концентрация цистеина выше (189,70 (161,33-197,54) мкмоль/л, $p<0,05$), чем в контроле, и у животных, получивших мелатонин однократно в дозе 10 мг/кг.

Результаты. В результате отогревания крыс после гипотермии наблюдается развитие гипергомоцистеинемии. Введение мелатонина в малых дозах (0,1 и 1 мг/кг) способствует снижению уровня гомоцистеина и цистеина. В то же время мелатонин в больших дозах оказывает разнонаправленные эффекты: его введение однократно в дозе 10 мг/кг способствует снижению только уровня цистеина; инъекции 1 мг/кг мелатонина в течение 4 суток приводят к уменьшению концентрации гомоцистеина, но значение цистеина остается на высоком уровне. Таким образом, мелатонин влияет на метаболизм гомоцистеина, что зависит от дозы и кратности его введения.

ПЛЕЙОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ СИМВАСТАТИНА

Глуткина Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Пырочкин В.М.

В кардиологической практике широко используется относительно новый класс препаратов – статины, одним из которых является симвастатин. Эффективность статинов связывают не только с подавлением синтеза холестерина, но и с их плеiotропными эффектами – уменьшениями выраженности дисфункции эндотелия, снижением синтеза фибриногена, влиянием на процессы тромбообразования, выраженность воспаления [Абрашкина Е.Д., 2010]. Статины, являясь структурными ингибиторами фермента гидрокси-метилглутарил-коэнзим-А-редуктазы, обладают гиполипидемическим действием. Липидомодифицирующий эффект реализуется посредством снижения синтеза холестерина, блокады мевалоната в печени, сопровождающееся снижением синтеза промежуточных продуктов цепи биотрансформаций холестерина, что в итоге изменяет ряд процессов, происходящих на клеточном уровне, вызывая плеiotропные эффекты [Атрощенко Е.С., 2007], например улучшая функцию эндотелия [Alegret M., 2006], также оказывая противовоспалительный эффект – снижает уровень С-реактивного белка [Lee K.T., 2004]. Ряд исследований показывают, что лечение симвастатином приводит к улучшению нарушенной функции эндотелия (после 2-4 недель применения) [Сусеков А.В., 2010]. Цель – исследовать влияние симвастатина на кислородсвязывающие свойства крови в опытах *in vitro*.

Исследуемые пробы крови, взятые у крыс в условиях адекватного обезболевания, забирались в предварительно охлажденный и промытый гепарином шприц. Раствор симвастатина ООО «Лекфарм» готовился на изотоническом растворе NaCl. К пробе крови (объем 5 мл) добавляли в каждой отдельной серии 0,1 мл раствора, содержащего L-аргинин в дозе 3,0 мкмоль/л и симвастатин в дозе 10,0, 20,0, 50,0 и 100,0 нг/мл, либо только 0,9% раствор NaCl (контроль), после чего проводили инкубацию образцов крови в водяной бане при температуре 37°C в течение 30 минут.

Величины pO_2 , pCO_2 и pH в исследуемых пробах крови определялись на микрогазоанализаторе "Synthesis-15" фирмы "Instrumentation Laboratory". Сродство гемоглобина к кислороду оценивалось по показателю $p50$ (pO_2 , соответствующее 50 % насыщению гемоглобина кислородом), определяемого расчетным методом при температуре $37^\circ C$, $pH=7.4$ и $pCO_2=40$ мм рт. ст. ($p50_{станд}$). Кислотно-основное состояние крови определялось на основании номограмм Siggaard-Andersen. Уровень конечных метаболитов NO – нитрат/нитритов в плазме крови, по методу Грисса (Schmidt M.H., 1995).

Были получены данные показателей кислородтранспортной функции крови при действии симвастатина: pO_2 , pCO_2 , pH , реальный и стандартный избыток буферных оснований (ABE/SBE), стандартный бикарбонат (SBE), концентрация гидрокарбоната (HCO_3^-), общей углекислоты (TCO_2), стандартного бикарбоната (SBC). Данный препарат уменьшал значения $p50_{реальн}$ и $p50_{станд}$, наблюдался сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина вправо. Отмечался рост уровня нитрат/нитритов в плазме крови, что отражает усиление активности L-аргинин-NO системы. Существует тесная взаимосвязь между метаболизмом клетки и кислородсвязывающими свойствами гемоглобина, отражающий регуляторный механизм функционирования эритроцитарной системы регуляции сродства гемоглобина к кислороду, реализуемый при участии синтеза NO [Озьюман В. et al., 2008]. Проведенные исследования демонстрируют новый плеiotропный эффект симвастатина, реализуемый через изменение кислородтранспортной функции крови.

НОВЫЙ МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К НАЗНАЧЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Гончарук В.В., Сикерич Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Вдовиченко В.П.

Проблема успешного лечения артериальной гипертензии (АГ) тесно связана с проблемой комплаентности пациентов и назначением врачом эффективного лечения. Для решения этих проблем была разработана оригинальная компьютерная программа PharmCalculation. В этой программе предлагается назначение антигипертензивных препаратов в средней терапевтической дозе. Конкретные препараты выбираются пациентом из предложенных лечащим доктором в зависимости от финансовых возможностей данного пациента [1; 2].

Целью этой работы является изучение того, как использование компьютерной программы PharmCalculation в поликлинике влияет на комплаентность больных с АГ. Исследуемая группа состояла из 73 больных с АГ. Врачам, которые лечили этих больных была предоставлена программа PharmCalculation. Изучались особенности лечения АГ в исследуемой группе на протяжении периода в два месяца. Затем среди больных проводился опрос с целью выяснить их комплаентность. Контрольная группа состояла из 100 случайным образом отобранных пациентов с АГ, среди которых проводился опрос с целью изучения комплаентности. Было обнаружено, что комплаентность достоверно лучше в исследуемой группе, по сравнению с группой контроля. Было также выявлено, что использование антигипертензивных препаратов в их средних терапевтических дозах было предиктором хорошей комплаентности в исследуемой группе [3; 5].

Согласно полученным данным использование антигипертензивных препаратов в средних терапевтических дозах достоверно повышает приверженность больных с АГ к назначенному лечению. Использование программы PharmCalculation (подбор лечения АГ согласно финансовым возможностям каждого пациента) достоверно повышает приверженность больных с АГ к назначенному лечению. Для фармакотерапии АГ в исследуемой группе больных использовался весьма ограниченный перечень антигипертензивных препаратов. Программа PharmCalculation пригодна

для максимально широкого внедрения в медицинскую практику лечебно-профилактических учреждений Беларуси [4].

Литература:

1. 2007 ESH-ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). / G. Mansia, G. D. Backer, A. Dominiczak [et al] // Blood Press. – 2007. – Vol. 16. – N3. – P. 135–232.

2. Mehta, C. R. Exact logistic regression: theory and examples. / C. R. Mehta, N. R. Patel // Stat Med. – 1995. – Vol. 14. – N. 19. – P. 2143–2160.

3. Вдовиченко, В. П. Анализ некоторых данных относительно назначения препаратов для амбулаторного лечения артериальной гипертензии / В. П. Вдовиченко, Д. Ф. Одинец, Е. В. Серафинов [и др.] // Журнал ГГМУ. – 2006. – № 3. – С. 71–73.

4. Вдовиченко, В. П. Динамика предпочтений в выборе антигипертензивных препаратов у врачей городских поликлиник / В. П. Вдовиченко // Медицинские новости. – 2010. – № 3. – С. 15–20.

5. Вдовиченко, В. П. Некоторые аспекты амбулаторного лечения гипертензии / В. П. Вдовиченко, П. А. Заяц, Т. А. Коршак // Журнал ГГМУ. – 2004. – № 4. – С. 68–70.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ

Гончарук В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научные руководители – доц., к.м.н. Сидорович С.А., ст.преп. Смолко Я.Е.

Проходя сложное эмбриональное развитие, глазница формируется не только какместилище глаза, но и как одна из важнейших коммуникационных конструкций, имеющая многочисленные сообщения с областями и образованиями лицевого и мозгового черепа, содержащими черепные нервы, их ветви, кровеносные и лимфатические сосуды, поэтому патологические процессы, развивающиеся первично в самой глазнице или возникающие в ней вторично как осложнения или проявления заболеваний близлежащих или отдаленных органов характеризуются широким полиморфизмом этиопатогенеза опухолевых, воспалительных, сосудистых, неврологических и эндокринологических заболеваний, а также травм.

Знания хирургической анатомии, верхней глазничной щели, являются ключевыми при удалении опухолей основания черепа, распространяющихся в глазницу и околоносовые пазухи, так как с ее индивидуально-типологической изменчивостью связывают возможные оперативно-технические сложности при их радикальном удалении [1].

В связи с вышеизложенным, комплексное изучение морфологии глазничных щелей у взрослых людей при различных краниотипах и было положено в основу настоящего исследования.

Ширина верхней глазничной щели без учета формы лицевого черепа взрослых людей в среднем составляет $6,9 \pm 0,2$ мм. Ее значительная изменчивость позволила выделить группы крайних вариантов щели.

Ширина верхней глазничной щели со средним значением ($M \pm 0,67\sigma$) составляет справа 66.5% (5,23–8,63 мм) и слева 63.8% (5.24–8,36 мм). По соотношению продольно-поперечного указателя выделено 9 вариантов верхней глазничной щели.

Наиболее часто встречаются средней длины и ширины верхние глазничные щели (50,5%), одинаково часто – длинные и средней ширины (14,9%), короткие и средней ширины (14,9%), редко – широкие и длинные (3,7%), узкие и короткие (2,12%) их формы.

Важно отметить, что индивидуально-типологические особенности морфометрических характеристик глазничных щелей при различных формах глазницы и краниотипах взрослых людей необходимо учитывать при хирургических и диагностиче-

ских эндоскопических манипуляциях на содержимом глазницы и сообщающихся с ней отверстий и каналов, а также при оперативных вмешательствах в отоларингологии, челюстно-лицевой и нейрохирургии. Данные о проекции глазничных щелей на периорбитальную область с помощью координат циферблата часов рекомендуется применять в качестве топографо-анатомических ориентиров при разработке новых диагностических средств и оперативно-технических доступов к расположенным в них структурам [2].

Литература:

1. Ципяшук, А.Ф. Размеры и форма глазницы в связи с формой лицевого отдела черепа у взрослых людей /А.Ф. Ципяшук // Аспирантские чтения: Материалы межрегион, науч.-практ. конф. – Выпуск 2. – 2008. – С. 157-158.

2. Ципяшук, А.Ф. Корреляционные взаимосвязи размеров верхней глазничной щели и глазницы при различных формах лицевого отдела черепа / А.Ф. Ципяшук // Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 40-летию создания кафедры нейрохирургии Саратовского государственного медицинского университета. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2008. – С. 225-227.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гончарук Е.С., Волчецкий Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Зверко В.Л.

Актуальность. Основной причиной увеличения перинатальной смертности и многочисленных изменений в организме ребёнка, которые на протяжении первых лет жизни являются причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, а также повышенной инфекционной и соматической заболеваемости в Республике Беларусь на сегодняшний день является внутриутробная гипоксия плода, чаще всего обусловленная патологией плаценты.

Цель. Выяснить отличия в течении беременности и исходов родов с нормальной и патологической плацентой в морфофункциональном отношении.

Методы исследования. Проведён анализ 40 историй родов (18 историй с нормальной плацентой – группа А, 22 истории с патологически изменённой (наличие в тканях плаценты очагов фиброза, кальциноза, инфарктов, дополнительных долек) – группа Б) у женщин с диагнозом «хроническая фетоплацентарная недостаточность» на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр».

Результаты. Средний возраст женщин сравниваемых групп составил $26,7 \pm 0,5$ (от 21 до 40 лет) в группе А и $25,4 \pm 0,5$ (от 19 до 32 лет) в группе Б.

Анализ гинекологического анамнеза показал, что эрозия шейки матки встречалась в 27,7 % и 63,6% случаев в группах А и Б, соответственно, на патологию придатков (киста яичников, апоплексия яичников, хронический аднексит) пришлось 27,7% случаев в группе А и 9% – в группе Б. Доброкачественные опухоли, неспецифические кольпиты, эндометриоз среди женщин сравниваемых групп встречались с одинаковой частотой. Гинекологические заболевания отрицали 38,8% и 27,3% женщин групп А и Б, соответственно.

Во всех исследуемых случаях заключительный диагноз в истории родов включал наличие хронической фетоплацентарной недостаточности, в группе А, на долю компенсированной формы данной патологии пришлось 66,7% случаев, на субкомпенсированную форму – 33,3% случаев, декомпенсированная форма не встречалась. В группе Б компенсированной форме принадлежало 72,8% случаев, на субкомпенсированную форму пришлось 22,7% и на декомпенсированную форму – 4,5% случаев.

Течение беременности закончилось срочными родами в группе А в 100%, а в группе Б преждевременными родами – 8,7% и срочными родами – 91,3%. Роды есте-

ственным путём завершились в 77, 8% случаев в группе А и в 81,8% случаев в группе Б, путём кесарева сечения – 22,2% и 18,2% случаев в группах А и Б, соответственно.

Выводы. Таким образом, у беременных с патологически изменённой плацентой имеют место декомпенсированная форма хронической фетоплацентарной недостаточности, синдром задержки внутриутробного развития плода, преждевременные роды.

Следовательно, для снижения перинатальной заболеваемости и смертности важна профилактика фетоплацентарной недостаточности, направленная, прежде всего, на выявление и взятие на учёт беременных групп риска по данной патологии, а также своевременная и адекватная терапия.

Литература:

1. Русецкая, В.М. Факторы риска развития плацентарной недостаточности / В.М. Русецкая, С.Н. Лагуто, А.Н. Шилко // Материалы съезда акушеров-гинекологов и неонатологов Республики Беларусь. – 2002. – том 2. – С. 72-76.

2. Айламазян, Э.К. Плацентарная недостаточность / Э.К. Айламазян, Б.Н. Новиков, Л.П. Павлова, Г.К. Палинка, И.Т. Рябцева, М.А. Тарасова // Акушерство: Учебник для медицинских вузов. 4 изд., доп.. – 2003. – С. 240-244.

К ИСТОРИИ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ КЛАВДИЯ ГАЛЕНА НА ЖИВОРОЖДЕННОСТЬ МЛАДЕНЦЕВ

Гордей А.Н., Анин Э.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., доц. Анин Э.А.

Гидростатическая проба с легкими трупов новорожденных младенцев производится для установления их живо- или мертворожденности. Проба эта в судебной медицине названа в честь Клавдия Галена, великого древнеримского врача II века н.э. (2,4,5). В те времена существовал строгий запрет на вскрытие трупов человека, но Гален все же проводил анатомические исследования, используя для этого трупы казненных преступников, погибших гладиаторов и трупы новорожденных младенцев, выброшенных ночами на улицы после тайных родов. В своем знаменитом труде по анатомии (1,2,4) Клавдий Гален дал классическое описание легких живорожденного младенца, которое стало его выдающимся вкладом в судебно-медицинскую науку. В то же время сведения о том, что легкие живорожденных младенцев, опущенные в воду, плавают, в трудах ученого отсутствуют. Сказанное не дает оснований считать его автором гидростатической пробы. Однако совершенно очевидно, что приведенного описания легких вполне достаточно для вывода о том, что они дышали и будучи опущенными в воду, должны остаться на ее поверхности. В последующем ученые эпохи Возрождения присвоили гидростатической пробе имя Галена, но она не могла применяться на практике в связи с запретом на вскрытие трупов.

Томас Бартолин – крупный датский ученый анатом – описал пробу в 1663 г. (3,4).

Таким образом, спустя почти 1500 лет после известного описания Клавдием Галеном легких трупов дышавших и недышавших младенцев была представлена методика проведения гидростатической пробы и документально подтверждено в научной публикации то, что легкие живорожденных младенцев плавают, а мертворожденных – тонут.

Первая попытка применить пробу в экспертной практике принадлежала немецкому физику Карлу Раугеру (4,5), который в 1670 г. в г. Прессбурге, основываясь на ее результатах, решил вопрос о мертворожденности младенца. Однако проба тогда еще не вошла в практику.

Спустя одиннадцать лет, 11 октября 1681 г., в г. Цейтце экспертизу трупа новорожденного младенца по поручению следственных властей произвел городской

врач Иоганн Шреер (4,5). Его заключение о мертворожденности младенца потребовало авторитетного подтверждения и рассматривалось в советах трех университетов (Франкфуртского-на-Одере, Лейпцигского и Виттенбергского). Только в 1684 г. проба была одобрена и, получив официальное признание, стала применяться в мировой судебно-медицинской практике.

Такова вкратце история гидростатической пробы (с легкими) Клавдия Галена, которая в настоящее время обязательна при проведении экспертизы трупов новорожденных младенцев.

Литература:

1. Гален К. О назначении частей человеческого тела: Пер. с древнегреч. – М., 1971.
2. Гофман Э. Учебник судебной медицины: Пер. с нем. – СПб, 1881.
3. Ковнер С. История древней медицины. – Киев, 1888.
4. Galeni C. Omnia. Momvs Vi. – Lipsias, 1825. – p. 145-146.
5. Mueller B. Gerichtliche Medizin. – Berlin, 1907.

НЕВЕСОМОСТЬ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ

Горелов Р.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра медицинской и биологической физики*

Невесомость – состояние материального тела, при котором действующие на него внешние силы или совершаемое им движение не вызывают взаимных давлений частиц друг на друга. Если тело покоится в поле тяжести Земли на горизонтальной плоскости, то на него действуют сила тяжести и направленная в противоположную сторону реакция плоскости, в результате чего возникают взаимные давления частиц тела друг на друга. Человеческий организм воспринимает такие давления как ощущение весомости. Тело под действием внешних сил будет в состоянии невесомости, если:

- а) действующие внешние силы являются только массовыми (силы тяготения);
- б) поле этих массовых сил локально однородно, т. е. силы поля сообщают всем частицам тела в каждом его положении одинаковые по модулю и направлению ускорения;
- в) начальные скорости всех частиц тела по модулю и направлению одинаковы (тело движется поступательно). Таким образом, любое тело, размеры которого малы по сравнению с земным радиусом, совершающее свободное поступательное движение в поле тяготения Земли, будет, при отсутствии других внешних сил, находиться в состоянии невесомости.

В земных условиях создание состояния невесомости возможно в процессе свободного падения, когда на тело не действуют силы реакции, либо создав условия, в которых действующую на тело силу тяжести будет компенсировать другая сила. Примерами таких явлений может быть случай полного или частичного погружения тел в жидкостях.

Невесомость может быть использована для осуществления некоторых технологических процессов, которые трудно или невозможно реализовать в земных условиях (например, получение композиционных материалов с однородной структурой во всём объёме, получение тел точной сферической формы из расплавленного материала за счёт сил поверхностного натяжения и др.).

Состояние невесомости, а именно, нахождение человека в таком состоянии, также является объектом для изучения в современной медицине. Состояние невесомости ослабляет иммунитет, влияет на работу сердца и др. В отдельное направление выделяется такая отрасль научного познания, как космическая медицина, и здесь все аспекты непосредственно связаны с понятием невесомости.

Развитие биоинженерии позволило совершить переворот в медицине. Сегодня стало возможно не только создать искусственные ткани, но и вырастить целый здо-

ровый орган. Деление клеток осуществляется в биореакторах. Конструкция реактора позволяет создать благоприятные условия для деления клеток. Рост биомассы осуществляется преимущественно в двух направлениях, что обусловлено силой mg на биомассу. Решение проблемы веса (состояние невесомости) позволит ускорить рост тканей в биореакторе, и решит вопрос образования правильной формы биоматериала. Данная проблема была успешно решена британскими учеными. Был создан биореактор, который работает в имитации невесомости. Биоматериал помещается в изолированную капсулу, заполненную желеобразным веществом, плотность которого практически равна плотности ткани. В капсуле создаются все благоприятные условия для роста ткани, и сама капсула совершает вращательное движение, тем самым позволяет находиться биоматериалу в центральной части капсулы. В среде создается имитация невесомости, что увеличивает рост в несколько раз.

Явление невесомости – довольно редкое и кратковременное явление на Земле, но, изучая различные процессы и явления, можно не только сделать физическую науку более весомой в мире технологий, но и всю технологию поднять на более высокий уровень.

РЕАКТОР И МЕДИЦИНА

Горелов Р.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра медицинской и биологической физики*

Еще в 1908 году Александр Максимов, известный русский гистолог, ввел термин "стволовые клетки" для обозначения существования "кровообразующих" стволовых клеток. Тем самым осуществил настоящий прорыв в развитии медицины. И лишь спустя более 50 лет человечество смогло оценить весомость данного открытия.

Стволовые клетки – иерархия особых клеток живых организмов, каждая из которых способна впоследствии изменяться (дифференцироваться) особым образом. Стволовые клетки способны асимметрично делиться, из-за чего при делении образуется клетка, подобная материнской (самовоспроизведение), а также новая клетка, которая способна дифференцироваться. Открытие стволовых клеток может решить проблемы не только регенерации человеческих органов, но и самого процесса старения всего человеческого организма. Создание искусственно выращенной человеческой печени, носа, пальцев – вчерашний день в современной биоинженерии и медицине, весомой проблемой остается получение достаточного количества биоматериала для исследований. Стволовых клеток в нашем организме очень мало: у эмбриона – 1 клетка на 10 тысяч, у человека в 60–80 лет – 1 клетка на 5–8 миллионов.

Современные технологии позволяют выращивать в биореакторах практически любые ткани, создавая благоприятные условия для роста и деления клеток. Со стволовыми клетками дело обстоит немного сложнее. Стволовые клетки при контакте с поверхностью начинают дифференцированно делиться, что создает проблему их хранения.

Развитие нанотехнологий сегодня позволяют создать не только материалы с колоссальными механическими возможностями, но и материалы, способные совершить революцию в медицине.

Нанотехнологиями сегодня активно занимаются примерно в 50 странах. Лидируют США, Япония, Южная Корея, ФРГ, что определяет концепцию развития всей науки.

Учеными США было разработано нанопокрытие, которое способно создать условия для хранения и в дальнейшем возможности деления стволовых клеток. Покрытие из наноматериала не дает клеткам "приклеиваться" к поверхности стенок биореактора, что способствует технологии их выращивания. Разработка таких материалов позволит получить в достаточном количестве биоматериала для полноценных исследований в области биоинженерии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Горох В.М., Шейко Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Пронько Т.П.

На современном этапе развития медицины все более актуальной становится проблема не просто «выживания» больного, но и качества его жизни [1]. Качество жизни является интегральным показателем, включающим физическое, социальное и психоэмоциональное благополучие пациента и отражающим его физические, социальные, познавательные и сексуальные способности. Как показывают исследования, личное восприятие качества жизни в большей степени коррелирует с работоспособностью пациента и риском смерти, чем ряд объективных параметров, оценивающих функцию сердца [2]. Целью настоящего исследования явилась оценка качества жизни у больных инфарктом миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Было обследовано 38 больных ИМ (18 мужчин и 20 женщин, средний возраст 68,3 года), проходивших лечение в кардиологическом отделении I ГКБ г. Гродно. В группу контроля вошли 21 практически здоровый человек без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе (13 мужчин и 8 женщин, средний возраст 59,3 года). В качестве методов исследования использованы: русская валидизированная версия опросника SF-36 [1, 2]. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее качество жизни. Также была использована шкала депрессии Бека. Опрос пациентов проводился перед выпиской из стационара.

Результаты: Полученные результаты пациентов ИМ по многим шкалам опросника SF-36 оказались достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы. У больных ИМ интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью была выше на 62 % по сравнению со здоровыми ($28,19 \pm 2,8$ против $74,81 \pm 4,3$; $p < 0,001$). Следствием этого явилось выраженное ограничение физической активности. Так, состояние физического функционирования составило $47,8 \pm 3,5$ балла, что на 41,6% ниже по сравнению со здоровыми ($81,9 \pm 3,3$; $p < 0,001$). Состояние физически-ролевого функционирования у больных ИМ составило $32,4 \pm 6,5$ баллов, и было снижено на 52,2% по сравнению с группой контроля ($67,9 \pm 8,1$; $p < 0,01$). Жизнеспособность у больных ИМ ($46,5 \pm 3,1$) была также снижена по сравнению с группой здоровых ($56,3 \pm 2,7$; $p < 0,05$). Общее состояние здоровья у больных ИМ было ниже ($45,4 \pm 2,9$), по сравнению со здоровыми ($59,1 \pm 3,2$; $p < 0,01$).

По шкале депрессии Бека у больных ИМ выявлена легкая депрессия, однако данные достоверно не отличались от показателя здоровых лиц ($12,19 \pm 1,07$ против $9,9 \pm 1,17$).

Выводы. Таким образом, у больных ИМ происходит значительное снижение качества жизни по сравнению со здоровыми лицами, преимущественно за счет снижения физической активности, увеличения интенсивности боли, снижение общей жизнеспособности. Количественные показатели качества жизни объективно отражают особенности нарушений жизнедеятельности у больных стенокардией и могут учитываться при установлении уровня ограничения жизнедеятельности и степени утраты трудоспособности. Показатели качества жизни могут быть полезны для максимальной индивидуализации терапии; при решении вопроса о выборе метода лечения, когда терапевтические цели взаимно исключают друг друга и стоит выбор между качеством или количеством жизни больного, при оценке эффективности клинических испытаний и деятельности различных служб здравоохранения.

Литература:

1. Новик, А.А., Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Издательский дом «Нева», М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
2. How to Score the SF-36 Health Survey Medical Outcomes Trust. – Boston, 1994. – 31 p.

КОРРЕЛЯЦИИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Горустович О.А, Волчкевич Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – доц., к.м.н. Волчкевич Д.А.

Актуальность. Современная клиническая диагностика сосудистой системы человека является весьма сложным и трудоемким процессом. В настоящее время для исследования артериального русла используется рентгеноконтрастная ангиография. Недостатком этого метода является его малоинформативность, которая может быть вызвана некоторыми анатомическими особенностями артерий, в результате чего контрастное вещество не может заполнить все отделы сосуда.

Цели исследования: изучить корреляционные взаимоотношения морфометрических показателей венечных артерий сердца.

Материал исследования: 30 трупов человека обоего пола.

Методы исследования: макропрепарирование, микропрепарирование, морфометрия, статистический метод.

Результаты исследования: В ходе наших исследований было установлено, что диаметр задней межжелудочковой ветви правой венечной артерии пропорционален диаметру левой венечной артерии ($R=0,0000$, $p<0,05$).

Кроме того, диаметр правой венечной артерии зависит и от ширины сердца ($R=0,0000$, $p<0,05$), а диаметр правой огибающей ветви правой венечной артерии коррелирует с длиной этой самой артерии ($R=0,0000$, $p<0,05$).

Затем мы сделали попытку на основании полученных корреляционных взаимоотношений вывести формулы расчета некоторых морфометрических параметров венечных артерий для математического моделирования сосудистого русла сердца.

Так, для установления диаметра задней межжелудочковой ветви может быть использована следующая формула

$$drip1 = 0,0251 + 0,44004 * dacs$$

где drip – диаметр задней межжелудочковой ветви, dacs – диаметр левой венечной артерии.

Чтобы определить диаметр правой венечной артерии, достаточно знать ширину сердца:

$$dacd = -4,213 - 0,5682 * sc$$

где dacd – диаметр правой венечной артерии, sc – ширина сердца

Диаметр правой огибающей ветви можно рассчитать по следующей формуле:

$$dracd = 0,6392 - 0,044 * Lacd$$

где dracd – диаметр правой огибающей ветви, Lacd – длина правой венечной артерии.

Выводы: Таким образом, полученные данные могут быть использованы в качестве дополнительного метода исследования артериального русла сердца, что может принести не только социальную, но и экономическую выгоду.

Литература:

1. Кованов, В. В Хирургическая анатомия артерий человека / В. В. Кованов, Т. И. Аникина; под. ред. Е. Б. Сафьянникова. – Москва: Медицина, 1974
2. Привес, М.Г. Анатомия человека/ М. Г.Привес, Н. К. Лысенков, В.И. Буш-кович. - Санкт- Петербург, 2009

ЭКГ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ СИНУСОВУЮ АРИТМИЮ

Граблюк О.В., Ходеко В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н. Дорохина Л.В.

На современном этапе традиционный анализ ЭКГ (оценка дисперсии и Фурье анализ) позволяет оценить текущее состояние сердечно-сосудистой системы. Однако только применение современных методов обработки ЭКГ-сигналов дает возможность прогнозировать динамику различных физиологических и патологических процессов в сердце. Кроме общеизвестных подходов к анализу ЭКГ, в последнее время используются непараметрические методы – анализ временных рядов [Komatsu T. et al., 2009], факторный [Langley P. et al., 2009] и кластерный анализ [Climent A.M. et al., 2009; Bidargaddi N. et al., 2008], а также их комбинации [Yuru Zhong et al., 2006]. Данные методы позволяют сделать достаточно точный прогноз выживания больных с острым коронарным синдромом даже при отсутствии подъема сегмента ST [Syed Z. et al., 2009].

При обзоре литературы нами не обнаружено данных по кластерному анализу ЭКГ показателей у практически здоровых лиц с девиацией синусового ритма, хотя такие нарушения встречаются достаточно часто. В связи с этим цель нашей работы – оценка влияния социально-бытовых стрессоров на испытуемого со слабостью синусового узла.

Для решения поставленной задачи две студентки (одна из которых отличалась нестабильностью синусового ритма) были подвергнуты умеренным нагрузкам: счет в уме, «стояние над душой» (феномен присутствия), просмотр отрывка триллера и комедии, степ-тест. Во время каждой нагрузки было записано по 30 ЭКГ-комплексов во втором стандартном отведении с последующим измерением всех временных параметров каждого комплекса (всего 360).

При анализе кардиоциклов по методу k-means (Statistica 6.0) было выделено 6 кластеров. У испытуемой со стабильным синусовым ритмом при всех видах нагрузок, кроме степ-теста и «стояния над душой», подавляющее большинство кардиоциклов относилось к кластеру со средними значениями всех параметров. При физической нагрузке у данной испытуемой подавляющее большинство кардиоциклов было из кластера со стабильно низкими значениями всех параметров, что свидетельствует об активации симпато-адреналовой системы. А при феномене присутствия половина кардиоциклов из кластера со средними значениями и половина из кластера с пилообразным колебанием значений возле средней линии.

У испытуемой с нестабильностью синусового ритма при нагрузках степ-тестом, «стояние над душой» и просмотром отрывка комедии распределение кардиоциклов в значительной мере совпадало с таковым у первой практически здоровой студентки. Однако в покое и при счете в уме испытуемая с синусовой нестабильностью демонстрировала преобладание ЭКГ-кластера с повышенной длительностью всех параметров, за исключением длительности зубца Т. Только при этих нагрузках у нее появлялись кардиоциклы с выраженным удлинением интервала РР. При просмотре триллера монополярно преобладали кардиоциклы из кластера с пилообразным колебанием ЭКГ-параметров.

Следовательно, синусовая аритмия провоцируется умственной деятельностью и покоем, что может в данном случае объясняться влиянием ментальных процессов на тонус парасимпатической нервной системы. Стабилизация ритма при выполнении степ-теста и просмотре комедии свидетельствует о слабости вегетативных диэнцефальных и стволовых структур у испытуемой с нестабильностью синусового ритма. Используемый нами подход может применяться для оценки и прогнозирования индивидуального спектра факторов риска сердечно-сосудистых и вегетативных расстройств.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ И ОБОСНОВАННОСТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Гришкевич В.П., Карасёв Р.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – доц. Довнар И.С.

Одним из основных факторов в развитии деструктивного холецистита является застой желчи и наличие инфекции. В связи с изменчивостью микрофлоры ее резистентностью антибактериальные препараты, применяемые для лечения заболевания, должны быть эффективными против этиологического агента. Нами была поставлена задача: изучить микрофлору желчного пузыря при деструктивных холециститах, а также оценить корректность назначения антибактериальных препаратов у данных пациентов.

В последние годы все шире применяются пункционно-дренирующие методы лечения деструктивного холецистита у больных пожилого и старческого возраста, в особенности у больных с тяжелой сопутствующей патологией. Пункция содержимого желчного пузыря позволяет не только купировать воспалительный процесс, но и исследовать микрофлору, которая явилась причиной заболевания.

Материалы и методы исследования. Нами изучены медицинские карты пациентов с острым калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», которым под контролем УЗИ выполнялась пункция желчного пузыря и проводилось микробиологическое исследование желчи.

Цель исследования. Исследовать микрофлору желчного пузыря при остром холецистите и провести анализ обоснованности назначения антибактериальной терапии данным больным.

Были исследованы 13 больных, поступивших в стационар в период с 2000 по 2010 год. Оперативное вмешательство в большинстве случаев выполнялось на 2–3 сутки стационарного лечения. Из 13 больных микрофлора в желчном пузыре была выявлена у 10 пациентов (76,9 %). Основным возбудителем заболевания была грамотрицательная палочка. У 7 больных была выявлена грамотрицательная микрофлора, у 3 – грамположительная. Выявленные микроорганизмы были наиболее чувствительны к антибиотику ципрофлоксацин у 6 больных (60%) и гентамицину у 3 больных (30%). По антибиотикограмме грамотрицательные микроорганизмы наиболее устойчивы к фурадонину, а для грамположительных – к доксициклину. До получения результатов микробиологического исследования пациентам были назначены такие антибактериальные препараты, как гентамицин, доксициклин, ципрофлоксацин, ампициллин. Таким образом, исходя из полученных результатов, видно, что наиболее часто назначался гентамицин и доксициклин, однако, по данным микробиологического исследования, к гентамицину была выявлена устойчивость в 42,8% случаев, а к доксициклину – в 57,1% случаев.

Заключение. В настоящее время основным возбудителем, вызывающим деструктивный холецистит, является грамотрицательная микрофлора. Данные микроорганизмы наиболее чувствительны к ципрофлоксацину. В связи с этим, при назначении антибактериальной терапии, до получения результатов микробиологического исследования, рекомендуется назначать больным ципрофлоксацин и гентамицин для лечения острого калькулезного холецистита.

Литература:

1. Гарелик П.В., Дубровщик О.И. Рациональная антибактериальная терапия в хирургии: Учеб. – метод. пособие для врачей-стажеров, субординаторов, студ. – Гродно, 2001. – С. 18–19.

2. Гарелик П.В. Эндоскопическая хирургия ЖКБ: руков. для врачей – Москва: БИНОМ. 2010 – С. 224–226.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА

Гудачевская С.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – ассист. Лиопо Т.В.

Инфекционные поражения центральной нервной системы (ЦНС) различной этиологии в настоящее время являются особо актуальной проблемой, что связано с высокой летальностью и частотой неврологических последствий. Большой интерес представляет поиск дополнительных возможностей в диагностике нейроинфекций, которые, наряду с известными общеклиническими исследованиями, помогут максимально быстро и правильно установить диагноз. Известны способы диагностики менингита, основанные на характерных жалобах больных – клинической триаде (головная боль, повышенная температура, рвота) и менингеальных симптомах (ригидность мышц затылка, симптомы Кернига, Брудзинского и др.), свидетельствующих о наличии гипертензионного церебрального синдрома, обусловленного воспалением мозговых оболочек и повышением внутричерепного давления [1].

Однако приведенные характерные клинические симптомы не являются специфичными, так как могут быть обусловлены другой патологией, включая неинфекционную. В настоящее время широко используются различные дополнительные методы исследования, включая МРТ головного мозга, которые позволяют диагностировать нарушения ликвородинамики, выявить локальные признаки воспаления мозговых оболочек. Известно, что данные методы визуализации позволяют диагностировать только выраженные (грубые) изменения со стороны ликвородинамики и мозговых оболочек [2].

Эти исследования чаще всего не могут быть использованы для диагностики начальных стадий или невыраженных признаков воспаления мозговых оболочек. Недостаточная доступность МРТ для больных в остром периоде заболевания, возрастные ограничения к использованию нейросонографии (неприменима у детей до 1 года) также усложняют использование данных методов для диагностики менингита.

Целью нашего исследования явилось изучение диагностической значимости МРТ у пациентов с поражениями ЦНС.

Нами изучены истории болезни всех пациентов ГОКБ, которым было проведено МРТ головного мозга за период 2008-2009 гг. Исследования выполнялись в связи со сложностями в постановке диагнозов и необходимостью использования дополнительных методов исследований. Материалы и методы. Проанализированы 23 истории болезни пациентов возрастом от 1 мес. до 56 лет (из них 12 случаев нейроинфекций). Было выявлено, что в группе пациентов с нейроинфекциями только в 33% случаев ($n=4$) были диагностированы на МРТ воспалительные изменения, характерные для менингоэнцефалита. Повышение T2 и T1-сигнала, вентрикулодилатация, расширение субарахноидального пространства были отмечены также часто в обеих группах пациентов, включая неинфекционные поражения ЦНС.

Выводы. Таким образом, согласно нашим данным, метод МРТ не может быть использован для диагностики начальных стадий или невыраженных признаков воспаления мозговых оболочек, учитывая незначительные отличия данных МРТ у пациентов с поражением ЦНС неинфекционного характера.

Литература:

1. В.М.Цыркунов, Т.В.Лиопо. Менингеальный симптомокомплекс: вопросы клинической дифференциации. – Журнал ГрГМУ. – 2005. – № 1. – С. 81-85.
2. В.И. Команцев «Эпидемиология и инфекционные болезни». – 2005. – С. 54.

ИСТОРИЧЕСКИЕ ПАМЯТНИКИ Д. ИЩЕЛНО ЩУЧИНСКОГО РАЙОНА

Гукасова Ж. К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доц. Стасевич Н. П.

Региональная история всегда играла важную роль в истории всего государства. Поэтому в своей работе я хочу рассказать о славной деревне Ищелно – необычайно красивой и живописной, имеющей очень богатое историческими событиями прошлое.

И вправду, место это необыкновенное. Все значимые события последних двух с половиной столетий видел главный свидетель исторических вех существования Ищелно Троицкий костел, отметивший недавно свое двухсот пятидесятилетие. В современном виде он построен в 1758 году, но до него тут стоял деревянный храм, основанный еще в 1514 году. Удивительно, но время и многочисленные войны пощадили его, именно поэтому сегодня мы можем наслаждаться первозданной красотой этого выдающегося памятника архитектуры. Внутреннее убранство костела также удивляет своей красотой. В костеле есть семиголосый орган, изготовленный, по одним источникам в 18, а по другим – в начале 20 столетия. Несмотря на преклонный возраст, орган играет довольно чисто. Возле костела находится Троицкая колокольня, построенная в XIX веке. Там три огромных колокола, каждый из них назван человеческим именем. Самый старый и большой из них “Доминик” весит 660 килограммов и отлит в 1737 году. 360-килограммовый “Казимир” моложе его почти на два столетия. “Петр” массой два центнера также сделан в начале прошлого века.

На территории костела, среди могил вдоль ограды находятся уникальные солнечные часы. Они представляют собой метровую каменную тумбу с медной пластиной, которая и представляет циферблат. За два века медь окислилась и сейчас имеет оригинальный голубой цвет. Кстати, автор часов мастер Малецкий (J. Malecki) – его имя выгравировано на циферблате. Самое поразительное, что в то время солнечные часы были лишь в Вильно и Варшаве. Как к привилегии столиц относительно наличия солнечных часов оказалось причастным Ищелно, непонятно. Раньше на часах была треугольная стрелка, тень от которой показывала время. Теперь стрелки нет, ее заменили палочкой из кленового листочка. Удивительно, но часы показывают точное время, но с поправкой на Польшу. Время от нынешнего отличается по причине того, что часы были сделаны во время Речи Посполитой (поэтому и показывают польское время).

Перед входом в костел лежат две могильные плиты. Говорят, что когда-то здесь жил очень гордый шляхтич. Когда он умирал, то переосмыслил свою жизнь и сказал, что так жить неправильно. Велел, чтобы его попрятали перед входом в костел и чтобы каждый, кто шел в костел, топтал его гордость [из беседы с ксензом Казимиром Войнюшем].

Это еще далеко не вся история Ищелно. Рассказывать об этой деревне можно очень долго. Да и в настоящее время здесь случается очень много необычного и интересного. Я просто горжусь тем, что это чудесное место вижу с детства, могу любоваться всеми этими красотами, молиться на Святой Мессе в костеле Пресвятой Троицы, считать его своей Родиной.

Литература:

1. Каталіцкія храмы на Беларусі/ А.М. Кулагін. – Мн. : Беларуская Энцыклапедыя, 2008.-С.166.
2. Бібікава, А. Час па сонцу // Гродзенская праўда.- 2009.-10 чэрв.- С.4.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гулинская О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Цыркунов В.М.

Сахарный диабет (СД) 2 типа, в основе которого лежит развитие инсулинорезистентности (ИР) и относительной недостаточности инсулина, составляет 90-95% от общего числа пациентов с этим заболеванием. СД в мире болеют около 285 миллионов человек. К 2030 году это число может увеличиться до 438 миллионов. На сегодняшний день в Республике Беларусь насчитывается около 210 тысяч заболевших и цифра с каждым годом растет.

Развитие СД негативно сказывается на состоянии печени, нарушая обмен белков, аминокислот, жиров и других веществ в гепатоцитах, что, в свою очередь, предрасполагает к развитию хронических заболеваний печени. Согласно последним оценкам, поражения печени – одна из наиболее частых патологий при СД.

У пациентов с СД отмечена ассоциация с вирусным гепатитом С. Распространенность СД 2 типа у пациентов с хронической инфекцией гепатита С без цирроза колеблется от 4,9 до 33%. Распространенность вирусного гепатита С (ВГС) среди пациентов с СД выше по сравнению с общей популяцией. Впервые о специфической ассоциации СД 2 типа с ВГС стало известно в 1994 г., когда Allison с соавт., обследуя когорту пациентов с ЦП различной этиологии, установили, что СД 2 типа чаще встречается у ВГС-положительных лиц. В различных исследованиях была констатирована повышенная частота СД 2 типа у пациентов с тяжелым течением ВГС-ассоциированной патологии печени по сравнению с больными ЦП вирусного и не-вирусного генеза. В самом широком ретроспективном исследовании в США, которое включило 1117 пациентов с хроническим вирусным гепатитом, частота встречаемости СД 2 типа у ВГС-инфицированных больных составила 21%, в то время как среди пациентов с вирусным гепатитом В (ВГВ) – всего 12%. Последнее обстоятельство свидетельствует о том, что к развитию СД, скорее всего, предрасполагает ВГС, нежели собственно заболевание печени. На сегодня имеются все основания считать, что ВГС играет важную роль в патогенезе СД 2 типа.

Еще одной особенностью ВГС при СД является специфичность генотипа вируса. Отмечена ассоциация между инфицированностью генотипом 3 ВГС и развитием стеатоза печени при СД.

В последние годы получены интересные данные о существовании связи между СД и лечением ВГС-инфекции интерфероном-α. Показано, что СД чаще возникал у пациентов, которым по поводу ВГС проводилось лечение интерфероном. На сегодня взаимодействие между ВГС, СД и интерфероном является предметом интенсивного изучения.

Заключение. Идеальные схемы лечения при сочетании СД с патологией печени до сих пор не разработаны; отсутствуют и рекомендации, основанные на принципах доказательной медицины, относительно тактики ведения таких пациентов. В связи с этим в повседневной практике врач, прежде всего, должен ориентироваться на причину, лежащую в основе заболевания. Изучение взаимного влияния двух патологических состояний – хронического воспалительного процесса в печени и относительной или абсолютной инсулиновой недостаточности – является перспективным направлением современной медицины.

Литература:

1. Mehta SH, Brancati FL, Sulkowski MS, Strathdee SA, Szklo M, Thomas DL. Prevalence of type 2 diabetes mellitus among persons with hepatitis C virus infection in the United States. *Ann Intern Med.* – 2000. – 133: 592-9.
2. Thuluvath PJ, John PR. Association between hepatitis C, diabetes mellitus, and race. *Am J Gastroenterol.* – 2003.- 98: 438- 41.
3. Knobler H, Schihmanter R, Zifroni A, Fenakel G, Schattner A. Increased risk of

АМИНОКИСЛОТНЫЙ ДИСБАЛАНС У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

Гулинская О.В., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии, кафедра биологической химии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Цыркунов В.М.

Сахарный диабет (СД) – серьезная медико-социальная проблема, привлекающая внимание врачей различных специальностей не только в связи с высокой распространенностью и хроническим течением заболевания, но и с большим количеством осложнений со стороны многих органов и систем. Ежегодно количество пациентов с СД во всем мире увеличивается. По данным ВОЗ, к 2025 г. их число достигнет 334 млн. человек; при этом по причинам, связанным с СД, ежегодно умирает более 3,2 миллионов, то есть один человек каждые 10 секунд. Поэтому в 2006 году ООН была принята специальная резолюция, которая признала диабет реальной мировой угрозой – неинфекционной эпидемией 21 века.

Число инфицированных вирусом гепатита С (ВГС) превышает 500 млн. человек. Большинство из них является скрытыми носителями. У 85% заболевших острым гепатитом С развивается хроническая (персистирующая) ВГС-инфекция, при которой вирус размножается в организме в течение десятков лет. ВГС широко распространен в человеческом обществе. Данные о частоте встречаемости гепатита С неоднородны и колеблются от 0,5-3% от общей численности населения (США, Западная Европа) до 4-20% (Африка, Азия, Восточная Европа). Учитывая многостороннее участие аминокислот в функционировании печени и влиянии на метаболизм углеводов, нами была поставлена цель исследования в изучении особенности аминокислотного фонда у больных, страдающих СД и Хроническим гепатитом С (ХГС).

Были обследованы пациенты эндокринологического отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Все больные направлены в отделение для коррекции углеводного обмена, а также пациенты УЗ «Гродненская инфекционная клиническая больница», получающие лечение по поводу ХГС. Всего 70 пациентов. 1-я группа – 23 пациента с СД; 2-я группа – 22 пациента с ХГС; 3-я группа – 25 пациентов с сочетанной патологией в виде СД и ХГС. Для определения уровня аминокислот в плазме крови использовалась высокоэффективная жидкостная хроматография (ВЭЖХ).

У больных СД повышается уровень аланина, валина, являющихся гликогенными аминокислотами, выполняющими роль эндогенных предшественников углеводов в организме, что может найти отражение в формировании гипергликемии. Так же возрастает отношение гликогенные/кетогенные аминокислоты что можно интерпретировать как предпосылку формирования своеобразного гликемического депо в печени, как в центре глюконеогенеза.

Подъем уровня ароматических аминокислот фенилаланина и тирозина у больных СД, а так же триптофана у лиц, страдающих ХГС приводит к возрастанию отношения ароматических аминокислот к разветвленным; и одновременно увеличивается количество кетогенных аминокислот, предшественников кетоновых тел, что служит неблагоприятным признаком в развитии кетоацидоза, свидетельствующего о срыве механизмов регуляции гликемии.

Литература:

1. Ioannou, G.N. Prevalence and trends of insulin resistance, impaired fasting glucose, and diabetes / G.N. Ioannou // Diabetes Complications – 2007. – Vol. 21. – P. 363-370.
2. Mehta, S.H. Prevalence of type 2 diabetes mellitus among persons with hepatitis C virus infection in the United States / S.H. Mehta, F.L. Brancati // Ann. Intern. Med. – 2000. – Vol. 133. – P. 592-599.

ТИПЫ ТЕПЛОВЫХ НАСОСОВ, ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ, ПРЕИМУЩЕСТВА И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Гуляй Н.И., Муромцева Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – Наумюк Е.П.

Рациональное использование топливно-энергетических ресурсов одновременно с сохранением среды обитания представляет сегодня собой глобальную проблему. Одним из перспективных путей её решения является применение новых энергосберегающих технологий, использующих нетрадиционные возобновляемые источники энергии, к которым относятся теплонасосные системы теплоснабжения. Представляем обзор тепловых насосов и возможностей их применения.

Тепловой насос – термотрансформатор, устройство для переноса тепловой энергии от источника низкопотенциальной тепловой энергии (с низкой температурой) к потребителю (теплоносителю) с более высокой температурой.

Источником низкопотенциальной тепловой энергии может быть тепло как естественного, так и искусственного происхождения.

В качестве естественных источников низкопотенциального тепла могут быть использованы: тепло земли (тепло грунта); подземные воды (грунтовые, артезианские, термальные); наружный воздух.

В качестве искусственных источников низкопотенциального тепла могут выступать: удаляемый вентиляционный воздух; канализационные стоки (сточные воды); промышленные сбросы; тепло технологических процессов; бытовые тепловыделения.

Принцип действия теплонасоса аналогичен принципу работы холодильника. Теплоноситель (незамерзающая жидкость) течет по коллектору (трубе, уложенной в грунт на глубине несколько метров). Теплоноситель нагревается от грунта на несколько градусов, затем течет в теплообменник, называемый испаритель, в котором происходит передача тепловой энергии от теплоносителя к хладагенту (жидкости, которая превращается в пар при невысокой температуре). Компрессор сжимает хладагент, увеличивая его давление, за счет этого происходит сильное увеличение температуры. После этого горячий хладагент поступает в конденсатор, где происходит передача тепловой энергии от хладагента к другому теплоносителю, протекающему в отопительных радиаторах.

Основные достоинства тепловых насосов:

1. Экономичность. С термодинамической точки зрения, схемы теплоснабжения на базе тепловых насосов в большинстве случаев являются более эффективными, чем от ТЭЦ. Коэффициент преобразования тепла ($K_{пт}$) показывает отношение получаемого тепла к затраченной энергии и для тепловых насосов может составлять значения 3–7.

2. Повсеместность применения. Источник рассеянного тепла можно обнаружить в любом уголке планеты.

3. Экологичность. Агрегат не сжигает топливо, значит, не образуются вредные окислы типа CO , CO_2 , NO_x , SO_2 , PbO_2 .

4. Универсальность. Тепловые насосы обладают свойством обратимости (реверсивности). Они "умеют" отбирать тепло из воздуха помещения, охлаждая его.

5. Безопасность. Применяемые в тепловых насосах фреоны не содержат хлоруглеродов и озонобезопасны. Ни одна деталь не нагревается до температур, способных вызвать воспламенение горючих материалов.

Существуют большие потенциальные возможности использования энергии вокруг нас, и тепловой насос представляется наиболее удачным путем реализации этого потенциала.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПОДГОТОВКИ ВОЕННЫХ ФАРМАЦЕВТОВ

Гурин Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – Флюрик С.В.

Регулярное фармацевтическое образование в нашей стране имеет 200-летнюю историю, начало которому было положено открытием в Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии (МХА) фармацевтического отделения.

Основы организации фармацевтического образования в России формировались задолго до этого события с появлением первых аптек в конце 16 в. и утвердились после учреждения в 1620 г. Аптекарского приказа – высшего государственного медицинского административного учреждения. В его функции входило руководство деятельностью аптек, наблюдение за качеством лекарств, подготовка лекарственных и аптекарских учеников.

В начале 18-го века наблюдается становление военного дела и появление в полках лекарей и аптек. Полевые аптеки выполняли роль аптечных магазинов, снабжая в мирное время военные команды, а в военное – армию, лекарственными и перевязочными средствами, аптечными и врачебными предметами, хирургическими инструментами.

В развитии аптечного дела наблюдалось совершенствование системы подготовки аптекарей. Работникам аптек для получения звания гезеля и провизора требовалось сдавать экзамены. К сдаче экзаменов на звание провизоров кандидаты допускались после прослушивания двухгодичного курса фармацевтических наук в МХА или в Московском университете.

В соответствии с уставом от 1808 г. в МХА выделялось три самостоятельных отделения: медицинское, ветеринарное и фармацевтическое. Срок обучения на фармацевтическом отделении составлял 3 года. После завершения обучения назначался публичный экзамен. Выпускники академии направлялись в войска на 1 год на должность аптечного фельдшера.

На военную службу принимали только фармацевтов-мужчин, но они не имели какой-либо предварительной специальной подготовки к службе. Требования к кандидатам на должности военных фармацевтов были высокими. Так для поступления на службу на некоторые должности требовались фармацевты с учёной степенью не ниже магистра фармации.

Первый фармацевтический институт в стране был создан в Петрограде в 1919 г. Позднее начали работу фармацевтические институты в Одессе, Харькове, Киеве.

Потребность армии в фармацевтических специалистах продолжительное время покрывалась, как и прежде, только за счёт призыва на военную службу выпускников гражданских высших и средних учебных заведений, но они не соответствовали требованиям, предъявляемым к работнику военно-медицинского снабжения.

Укомплектованность медицинской службы фармацевтами к началу ВОВ по штатам мирного времени составляла 65%. Некомплект был восполнен за счёт призыва специалистов из запаса. В 1944 г. в фармацевтических институтах была введена военно-медицинская подготовка, которая включала общевоинские и специальные дисциплины. Обучение осуществлялось на военных кафедрах.

После ВОВ была принята резолюция об организации фармацевтического факультета при Военно-медицинской академии (ВМедА) им. С.М. Кирова. В 1974 году на факультет подготовки руководящего состава мед. службы впервые приняли первую группу военных провизоров и за прошедшие годы подготовили несколько сотен провизоров с высшим военным образованием.

Военно-медицинскими образовательными учреждениями осуществляется подготовка военных фармацевтов в объёме базового высшего и последиplomного профессионального образования специалистов высшей и средней квалификации.

ПСИХИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Гусар А.И.

Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – Дудук С.Л.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее частым видам травматической патологии, ежегодно она регистрируется у 2-4 человек на 1000 жителей. В общей структуре смертности роль ЧМТ весьма высока, среди взрослых ЧМТ является причиной 1% всех смертей, что довольно много. По данным ВОЗ, ежегодный прирост количества больных с этой патологией составляет более 2%. За последние десятилетия в нейротравматологической клинике появились новые состояния, наблюдающиеся после длительной комы, ставшей возможной благодаря развитию нейрореаниматологии. Все более трудно достижимым становится восстановление психической деятельности больных после ЧМТ. Стала остро необходимой разработка новых подходов к прогнозу восстановления психики.

В соответствии с общепринятой междисциплинарной классификацией (Коновалов А.Н. и соавт. 1994) в развитии травматической болезни головного мозга выделяют следующие основные периоды: острый, промежуточный и отдаленный. Острый период – промежуток времени от момента повреждающего воздействия механической энергии на головной мозг до стабилизации нарушенных функций либо смерти пострадавшего. Временная протяженность острого периода от 2 до 10 недель.

Цель работы – изучить психические расстройства в остром периоде тяжелой ЧМТ.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено на базе отделения анестезиологии и реаниматологии учреждения здравоохранения «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи». При оценке степени тяжести ЧМТ учитывалась продолжительность потери сознания в остром периоде травмы и оценка по шкале ком Глазго. Время от момента травмы до госпитализации составляло от 1 часа до 2 суток. Длительность заболевания от начала лечения – от 1 до 6 дней. Были изучены клинико-демографические характеристики больных, перенесших тяжелую ЧМТ. Выраженность неврологического дефицита и динамика неврологического статуса определялись с помощью шкалы NIH.

Результаты и обсуждение. Наиболее частыми клиническими проявлениями ЧМТ среди обследованных пациентов были общемозговые симптомы в виде снижения уровня сознания, диффузной головной боли, тошноты, рвоты. Психопатологическая картина ЧМТ отличается наибольшей выраженностью сразу вслед за травмой и течением от максимума к минимуму, частичным или полным восстановлением психической деятельности. Нарушения психики взаимосвязаны с неврологическими расстройствами. В неврологическом статусе определялись: стволовые знаки: плавающие глазные яблоки, парез взора, тонический множественный нистагм; двусторонний мидриаз или миоз; нарушение глотания; меняющийся тонус, децеребрационная ригидность; угнетение или повышение сухожильных рефлексов, патологические стопные знаки, парезы, параличи; рефлекс орального автоматизма. Проведенный анализ позволяет выделить основные симптомы психических и неврологических нарушений, возникающих в остром периоде ЧМТ.

Количественные нарушения сознания – превалирующие расстройства при данной патологии. Отдельно было изучено распределение больных по состоянию сознания и клинико-неврологического статуса, определенных по вышеупомянутым шкалам.

Литература:

1. Реброва, Н.П. Функциональная межполушарная асимметрия мозга человека и психические процессы / Н.П. Реброва, М.П. Чернышева // – СПб., 2004. – 201 с.
2. Хомская, Е.Д. Нейропсихология / Е.Д. Хомская. – М. – 2005. – 496 с.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ

Гучок В.С., Смольский А.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга
Научный руководитель – к.б.н., доц. Островцова С.А.*

СПИД по-прежнему остается одним из тяжелых инфекционных заболеваний, характеризующихся эпидемическим распространением и сопровождающихся высокой смертностью, в том числе среди молодежи.

Широкомасштабные исследования, которые постоянно проводятся во многих странах, показывают, что факторы, влияющие на увеличение числа ВИЧ-инфицированных, а также на прогрессирование ВИЧ-заболевания, разнообразны: генетические особенности, штамм вируса, психологическое состояние пациента, условия жизни и другие (2). В связи с этим изучение особенностей распространения инфекции в различных регионах республики Беларусь представляет особый интерес.

Задача исследования. Изучение статистических данных по ВИЧ-инфицированности и количеству наркоманов среди носителей ВИЧ и больных СПИДом в Брестской области.

В исследуемую группу входили 519 человек, больных либо ВИЧ-инфицированных, 31% из которых составляли женщины. Анализ статистических данных показал, что наиболее неблагоприятными являются Пинский район, где зарегистрировано 282 ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, Барановичский район – 87, и Брестский район – 55 инфицированных и больных, соответственно. Наиболее благополучными по данным показателям является Каменецкий район, где инфицированных и больных СПИДом не выявлено, а также Березовский, Ганцевичский, Жабинковский и Пружанский районы, где выявлено от 1 до 3 ВИЧ-инфицированных либо больных.

Следует отметить, что наркоманы составляют до 76% инфицированных/больных СПИДом в Пинском, 92% в Барановичском и 78% в Брестском районах.

Известно, что одним из основных путей передачи вируса иммунодефицита человека является парентеральный (1), в частности, при инъекционном введении наркотиков. Анализ данных статистики по Брестской области с учетом основных путей распространения показал, что и здесь превалирует парентеральный путь передачи вируса, когда заражение происходит при многократном использовании наркоманами шприцов, контаминированных кровью, содержащей вирус. Наблюдается также тенденция роста передачи ВИЧ при половых контактах. В основной контингент инфицированных и больных входит молодежь 15-27 лет.

Литература:

1. Вирус иммунодефицита человека: Учебно-методическое пособие/ С.А. Островцова /ГрГМУ. – Гродно, 2002. – С.19 – 20.
2. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД – 2-е изд. – М., 2010. – 192 с.

ОСОБЕННОСТИ И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Гуща А.В., Стацкевич И.И.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра дерматовенерологии
Научный руководитель – к.м.н., ассист. Барцевич И.Г.*

Одним из самых распространенных дерматозов в практике дерматолога является псориаз, который характеризуется высыпаниями на коже обильно шелушащихся папул со склонностью к рецидивам. Манифестация его может иметь место в любом возрасте, однако он протекает намного тяжелее у детей. По распространенности среди хронических дерматозов у этой категории пациентов псориаз занимает второе место после атопического дерматита. Патологический процесс у детей отличается большей выраженностью и наличием экссудативного компонента.

В связи с этим, целью данного исследования явилось изучение особенностей и тяжести течения псориаза у детей, находившихся на стационарном лечении.

Материал и методы. Базой исследования явилось дерматологическое отделение областного кожно-венерологического диспансера. За единицу наблюдения принят каждый случай госпитализации детей (0-17 лет). Общее число наблюдений составило 68 пациентов. Источником информации послужили Карты стационарного больного, откуда производилась выкопировка предусмотренных программой исследования признаков на специально разработанные анкеты. Оценка кожного процесса проводилась путем клинического осмотра, а также использования индекса охвата и тяжести псориаза PASI. Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием программы Statistica 6,0. Показатели приводились в их среднем значении со стандартной ошибкой $M \pm m$.

Результаты. В зависимости от характера высыпаний выделены клинические формы псориаза у детей, которые были разделены на 2 группы, так как дети с другими формами псориаза на лечении не находились. Вульгарный псориаз диагностирован у 38 (55,9%), эксудативный – у 30 (44,1%) больных. Число детей, лечившихся в стационаре с вульгарной формой, в 1,3 раза больше, чем с более тяжелой эксудативной формой.

Клинические проявления псориаза при обращении в стационар характеризовались значительной распространённостью высыпаний. С помощью индекса PASI мы определяли охват и тяжесть проявлений псориаза. Средний индекс PASI по выборке ($n = 68$) составил $12,0 \pm 1,12$. У детей, больных вульгарной формой, среднее значение индекса PASI составило $10,55 \pm 1,45$, а при эксудативной форме значение PASI выше в 1,26 раза и составило $13,29 \pm 1,77$, $s > 0,05$.

Исследуемому контингенту характерно наличие сопутствующей патологии. В частности, псориаз в обособленной форме регистрируется у 2/3 пациентов (65,4%). Чаще других ему сопутствуют болезни органов пищеварения (31,2%), другие болезни кожи (18,7%). На третьем месте – болезни органов дыхания (16,8%), затем следуют болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,5%), болезни системы кровообращения (11,3%) и прочие (8,5%).

Анализ возникновения заболевания псориазом у лечившихся детей показал, что средний возраст пациентов составил $12,91 \pm 0,76$ лет и не отличается по половому признаку. Начало заболевания почти у 3/4 пациентов (72,1%) приходится на подростковый период.

Заключение. Таким образом, среди госпитализированных преобладают дети, страдающие вульгарной формой псориаза (в 1,3 раза). Средний индекс PASI у больных эксудативной формой составил $13,29 \pm 1,77$, что на 30% выше, чем у детей с вульгарным типом. Манифестация псориаза в подростковом возрасте встречалась наиболее часто (72,1%), что связано с наличием генетической предрасположенности, очагов хронической инфекции (кариес, тонзиллиты и др.), гормональной перестройки, стрессовых факторов, что необходимо учитывать при разработке мероприятий по организации медицинской помощи исследуемому контингенту.

ИЗУЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ТАЗА У СОВРЕМЕННЫХ МОЛОДЫХ ДЕВУШЕК И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИХ ФОРМИРОВАНИЕ

Деменчук Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Яговдик И.Н.

Аномалии костного таза относятся к числу наиболее частых причин нарушения нормального течения родов. Несмотря на значительное снижение в последнее время частоты грубо деформированных тазов и резких степеней их сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности в связи с процессом акселерации, увеличением массы тела новорожденных.

Целью данной работы было исследование размеров таза у современных молодых девушек, выявление и анализ факторов, оказывающих влияние на формирование женского таза. В работе использовались следующие методы: анкетирование ($n = 138$), наружная пельвиометрия ($n = 80$) и статистическая обработка полученных данных. Для исследования была отобрана группа девушек 18-24 лет, студенток 2–5 курсов ГрГМУ.

По результатам анкетирования получены следующие данные. По массе тела участницы опроса распределились таким образом: 80,43% – от 50 до 70 кг, 15,94% – до 50 кг, а 3,62% – более 70 кг. По длине тела определены такие показатели: 57,97% – от 165 до 175 см, 37,68% – до 165 см, 4,35% – выше 175 см. У большинства (61,59%) преобладает 3–4- разовый прием пищи. Учитывалась и характеристика рациона питания: ежедневное употребление молока и молочных продуктов отметили 47,83% участниц опроса, 74,64% девушек ежедневно в свой рацион питания включают мясо и рыбную продукцию, а также 60,14% девушек употребляют овощи и фрукты каждый день. Что касается отношения респонденток к спорту, то получено следующее соотношение: 69,57% опрошенных отметили, что занимаются спортом в свое удовольствие, 26,81% – не занимаются спортом вообще, а 3,62% указали, что регулярно занимаются спортом. На вопрос об увлечении диетами ответы распределились так: 60,87% студенток отметили, что никогда не пробовали, пробовали не несколько раз – 47,68%, а 1,45% – увлекаются диетами. Отрицающих перечисленные в анкете заболевания – 57,25% опрошенных, 28,99% девушек указали на сколиоз, 12,32% – на переломы костей, по 0,72% участниц – на рахит и деформацию копчика. Наличие заболеваний органов малого таза отрицают 94,2% и подтверждают 5,8% респонденток. Учитывался также прием лекарственных препаратов: 93,48% тестируемых девушек не принимали гормональные препараты до 18 лет, 6,52% – принимали (контрацептивы – 33,33%, другие гормональные препараты – 66,67%). Витаминные препараты включены в ежедневный прием у 76,09% (не принимают 23,91% опрошенных) и препараты кальция у 36,23% (не принимают – 63,77%). Из гинекологического анамнеза были получены следующие данные: возраст менархе 10 лет – 0,72%, 11 лет – 6,52%, 12 лет – 17,39%, 13 лет – 32,61%, 14 лет – 31,88%, 15 лет – 10,14%, 16 лет – 0,72%. Продолжительность менструации у 60,87% составляет 5-6 дней, у 33,33% опрошенных 2-4 дня, а у 5,8% более 6 дней. Продолжительность менструального цикла 28–35 дней – у 51,45% студенток, 21–28 дней – 42,75%, у 5,08% – более 35 дней, а у 0,72% – менее 21 дня. Беременности и роды в анамнезе у 1,45% участниц опроса.

После проведения наружной пельвиометрии и статистической обработки полученных данных были выведены следующие показатели: индекс Соловьева составил $15,153 \pm 0,878$ см, *distancia spinarum* – $23,346 \pm 2,057$ см, *distancia cristarum* – $27,179 \pm 2,255$ см, *distancia trochanterica* – $32,077 \pm 1,814$ см, а наружная конъюгата – $17,859 \pm 2,147$ см.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у современных молодых девушек наблюдается уменьшение, по сравнению с нормой, параметров *distancia spinarum*, *distancia cristarum* и наружной конъюгаты, что может свидетельствовать о тенденции к увеличению частоты поперечно суженного таза и общеравномерно суженного таза. Выявленная проблема требует серьезного детального изучения, поэтому работа в данном направлении продолжается.

ИСТОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ДВИЖЕНИЯ КРАСНОГО КРЕСТА

Демко Д.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доц. Ситкевич С.А.

Мировая история пронизана бесконечными войнами, уносящими жизни тысяч и миллионов людей. Идея Красного Креста зародилась среди ужасов и страданий

войны как выражение милосердия и сострадания к ее жертвам. Актуальность работы обусловлена недостаточной изученностью данной темы. Цель работы: показать историю возникновения и формирования Международного Движения Красного Креста.

Во время франко-итало-австрийской войны швейцарский журналист Анри Дюнан (Jean Henri Dunant, 1828 – 1910 гг.), прибыл в Ломбардию. Это был день кровопролитной битвы при Сольферино – 24 июня 1859 г. То, что он увидел, привело его в ужас: санитарные службы обеих армий были настолько немногочисленны, что тысячи раненых и страдающих солдат оказались брошены на произвол судьбы, и он (не будучи врачом) немедленно занялся организацией первой помощи раненым.

Вернувшись в Женеву, Дюнан решает написать книгу «Воспоминание о битве при Сольферино». В ноябре 1862 года он издает ее, и книга мгновенно приобретает успех. Дюнан предлагает создать общества по оказанию помощи раненым и принять конвенцию о защите раненых и медицинского персонала на поле боя.

В 1863 г. Женевское общество народной пользы, заинтересовавшееся предложениями А. Дюнана, создало Постоянный международный комитет помощи раненым. По инициативе этого комитета в октябре 1863 г. была организована встреча делегатов из 16 стран (в том числе и врачей), которые одобрили направления деятельности комитета и приняли в качестве эмблемы красный крест на белом фоне.

Однако, движение нуждалось в официальном признании и определенных обязательствах со стороны правительств государств. С этой целью в августе 1864 г. шведское правительство созвало в Женеве дипломатическую конференцию, в работе которой приняли участие 12 стран. Представители этих стран 22 августа 1864 г. подписали первую межгосударственную Женевскую конвенцию. В соответствии с условиями конвенции больные и раненые войны должны были получать помощь независимо от того, к какому лагерю они относятся, а медицинский персонал, его оборудование и учреждения – пользоваться правом неприкосновенности. Женевская конвенция от 22 августа 1864 г. стала первым документом международного гуманитарного права. За короткое время к ней присоединилось более 50 стран мира.

В 1876 г. Постоянный международный комитет помощи раненым в Женеве был переименован в Международный комитет Красного Креста (МККК). Предложения по развитию движения стали обсуждаться на Международных конференциях Красного Креста, в которых принимали участие МККК, национальные Общества Красного Креста и Красного Полумесяца и представители государств-участников Женевской конвенции.

Таким образом, основы Международного Движения Красного Креста были заложены в середине XIX в. Задачи Движения, изложенные ещё в 1862 г. А. Дюнаном и направленные на защиту жизни и достоинства людей и предоставление им помощи, не утратили своей актуальности и сегодня.

Литература:

1. Самусенко, А.В. Красный крест на Могилевщине. История и современность / А.В. Самусенко // Военная медицина. – 2007. – №5. – С. 108–112.
2. Сорокина, Т.С. История медицины: Учебник для студ. высш. мед. учеб. Заведений / Т.С. Сорокина. – 3-е изд. – Москва: Академия, 2004. – 560 с.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Денищик О.В., Орсик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – к.м.н., доц. Волкова М.П.

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются одной из наиболее часто встречающихся хронической патологией у детей. Ключевым методом для дифференциальной диагностики и верификации диагноза является эндоскопическое

исследование желудочно-кишечного тракта с морфологическим исследованием биоптата слизистой оболочки [1].

Целью нашей работы было оценить динамику выявления хронических заболеваний ЖКТ у детей при эндоскопических исследованиях за десятилетний период.

Были проанализированы результаты эндоскопических исследований ЖКТ в 2000, 2005 и 2010 годах.

В 2000 году проведено 1661 эндоскопических исследований, у 74% пациентов выявлена патология ЖКТ. В 2005 году соответственно 1608 эндоскопических исследований, патология выявлена в 70,3% случаев; в 2010 году – 1335 эндоскопических исследований, патология ЖКТ выявлена у 58,3% пациентов, т.е. на 19,6% меньше по сравнению с 2000 годом.

В возрастном аспекте чаще всего эндоскопические исследования выполнялись у детей в возрасте 12-14 лет (2000 год – 51,4%; 2005 год – 26,6%; 2010 год – 20,2%). У девочек эндоскопические исследования проводились чаще, чем у мальчиков (2000 год – 58,5%; 2005 год – 56,3%; 2010 год – 53,0%).

Среди эндоскопических диагнозов чаще всего встречались: хронические гастриты и гастродуодениты (2000 год – 80,4%; 2005 год – 63,3%; 2010 год – 54,8%).

Эрозивные поражения желудка и 12-перстной кишки отмечались в 2000 году у 7,2% пациентов; в 2005 году – у 4,2% детей; в 2010 году – у 2,1% пациентов.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки выявлена в 2000 году в 1,3% случаев; в 2005 году – в 1,0% случаев; в 2010 году – в 2,1% случаев.

Рубцово-язвенная деформация 12-перстной кишки выявлена в 2000 году у 1,4% пациентов; в 2005 году – у 0,87% пациентов; в 2010 году – у 1,35% детей.

Поражение пищевода в 2000 году отмечалось у 1,9% детей; в 2005 году – у 7,3% и в 2010 году у 2,07% пациентов.

Исследование на *Helicobacter pylori* в 2000 году проводилось в 8,4% эндоскопий, положительный результат выявлен у 30,3% детей; в 2005 году соответственно 41,5% и 54%; в 2010 году – 49,5% и 35,5%).

Морфологическое исследование биоптата слизистой оболочки в 2000 году выполнялось лишь в 1% эндоскопических исследований, в 2005 году – в 5,5%, в 2010 году – в 9,5% случаев, 2/3 из них при подозрении на целиакию.

Таким образом, патология ЖКТ по данным эндоскопических исследований в 2010 году выявляется значительно реже, что не соответствует данным мировой статистики. Также реже выявляются хронические гастриты и гастродуодениты, эрозивные поражения ЖКТ, обсемененность *Helicobacter pylori*. Эти данные требуют пересмотра и улучшения методов диагностики хронической патологии ЖКТ, обязательного морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки для верификации диагноза.

Литература:

1. Хавкин, А.И. Современные принципы антихеликобактерной терапии у детей / А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 3 (227). – С. 137-139.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ КЛЕЩЕВЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ ЛАЙМА

Дервис А.И., Касюк И.А., Сикерич Т.В., Спирина О.В., Гончарова К.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Васильев А.В.

Актуальность. Подъем заболеваемости клещевым энцефалитом и болезнью Лайма, регистрировавшийся в Гродненской области с 2001 по 2006 год, в настоящее время прекратился, однако заболеваемость этими трансмиссивными инфекциями сохраняется на повышенном уровне. Этиологическая расшифровка серозных менингитов и менингоэнцефалитов остается серьезной проблемой. Так, по данным ОРИТ

Гродненской областной инфекционной клинической больницы, клещевой энцефалит (далее КЭ) составил $1,1 \pm 0,2\%$, в то время как нерасшифрованные менингиты и менингоэнцефалиты составили $3,2 \pm 0,4\%$ случаев от лечившихся в ОРИТ. Случаев болезни Лайма (далее БЛ), протекающей в виде нейроинфекции, зарегистрировано не было.

Цель исследования. Сравнение клинико-лабораторных показателей больных с клещевым энцефалитом с таковыми у больных с трансмиссивной нейроинфекцией, с серопозитивным ответом на антигены *B.burgdorferi*.

Материалом исследования стали данные 28 историй болезни больных с окончательным диагнозом «клещевой энцефалит», лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2008 и 2009 годах. Больные с серологически подтвержденным диагнозом составили группу из 12 человек. Вторую группу больных составили 4 больных, которые дали отрицательный ответ на IgM к вирусу КЭ и положительный ответ на антигены возбудителя БЛ. Имевший место 1 случай с ответом на возбудители обеих инфекций не принят во внимание. Методом исследования стал ретроспективный сравнительно- статистический и корреляционный анализ.

Результаты. В результате анализа установлено, что для больных с положительным серологическим ответом на БЛ более характерно было развитие энцефалита без поражения мозговых оболочек (корреляция серопозитивности БЛ и менингита Sperman Rank $-0,66$; $p < 0,01$), более молодой (подростковый) возраст (корреляция серопозитивности БЛ и возраста Sperman Rank $-0,52$; $p < 0,05$). У этих больных редко отмечалась лихорадка (Sperman Rank $-0,78$; $p < 0,01$), но чаще отмечались тошнота (Sperman Rank $+0,58$; $p < 0,05$) и рвота (Sperman Rank $+0,58$; $p < 0,05$), а также нарушения речи (Sperman Rank $+0,53$; $p < 0,05$) и парестезии (Sperman Rank $+0,68$; $p < 0,01$). При люмбальной пункции ликвор у больных с положительным серологическим ответом на БЛ был чаще нормальным (корреляция серопозитивности БЛ и показателя плеоцитоза (Sperman Rank $-0,73$; $p < 0,01$). Сопоставление эпидемиологических данных и других клинических и лабораторных параметров не позволили выявить достоверных различий. Учитывая ретроспективный характер исследования, ревизия имевшегося диагноза невозможна, однако необходимо отметить, что в случаях с положительным серологическим ответом на БЛ (с учетом различий в клинике), возможно, имел место нейроборрелиоз Лайма.

Вывод. Поскольку нет надежных дифференциально-диагностических критериев, позволяющих четко дифференцировать КЭ и БЛ, перебои с проведением серологических исследований на КЭ и на БЛ и, нередко, запоздалое получение клиницистами лабораторного ответа приводят к ухудшению качества диагностики нейроинфекций, передающихся посредством укуса клещом.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ЧИСЛЕННОГО РЕШЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО УРАВНЕНИЯ ШРЕДИНГЕРА В СРЕДЕ MATHCAD

Дерунец В. А., Чаплинская О. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к. физ.-м. н., доц/ Клинецвич С.И.

Из квантовой механики известно, что динамическое поведение микрочастицы в силовом поле $U(x, y, z)$ в общем случае описывается волновой функцией $\Psi(x, y, z, t)$, которая находится из решения уравнения Шредингера (УШ):

$$i\hbar \frac{d\Psi}{dt} = -\frac{\hbar^2}{2m} \nabla^2 \Psi + U\Psi, \quad (1)$$

где $\hbar$ – постоянная Планка, m – масса микрочастицы, t – время, i – мнимая единица ($i^2 = -1$), ∇^2 – оператор «набла квадрат». В случае стационарных состояний волновую функцию микрочастицы $\Psi(x, y, z, t)$ можно представить в виде суперпозиции двух

функций, одна из которых функция зависит от координат частицы, а вторая – от времени:

$$\psi(x, y, z, t) = \varphi(t) \psi(x, y, z) = e^{-i \frac{Et}{\hbar}} \psi(x, y, z). \quad (2)$$

Подстановка ВФ в виде (2) в уравнение (1) приводит к стационарному УШ:

$$\frac{\partial^2 \psi}{\partial x^2} + \frac{\partial^2 \psi}{\partial y^2} + \frac{\partial^2 \psi}{\partial z^2} + \frac{2m}{\hbar^2} (E - U) \psi = 0, \quad (3)$$

где E – полная энергия частицы. Из решения (3) следует, что допустимыми значениями энергии микрочастиц в силовом поле могут быть не все возможные значения, а лишь дискретный набор отдельных значений энергии $E_1, E_2, \dots$

В подавляющем большинстве случаев решение УШ допускается лишь численными методами. Численно решить УШ – это значит подобрать такие значения энергии E_n , при которых функция $\psi(x)$ не расходится, то есть, всюду сохраняет конечные значения.

Цель нашего исследования – разработка алгоритма численного решения УШ для простейших одномерных задач. В качестве математической среды программирования нами выбран пакет математического проектирования MathCad, позволяющий эффективно, с минимальными затратами решать инженерные и научные задачи. Для решения УШ, которое является дифференциальным уравнением второго порядка, нами применялся алгоритм Эйлера-Кромера. Данный алгоритм состоит в следующем.

Область изменения координаты x разбиваем на n отрезков длиной $h=dx$; в i -й точке значения координаты определяем как $x_i=ih$, значения ВФ и ее производной ψ $i=1, \dots, n$ $\psi_i = \psi(x_i)$, $\psi'_i = \psi'(x_i)$;

Задаем четность функции $\psi(x)$; для четных значений функции определяем $\psi(0)=1$, $\psi'(0)=0$; для нечетных функций $\psi(0)=0$, $\psi'(0)=1$;

Задаем начальное приближение для искомой энергии E ;

Вычисляем значения ВФ и ее производных:

$$\psi'_{i+1} = \psi'_i + \psi''_i dx, \quad \psi_{i+1} = \psi_i + \psi'_i dx, \quad \psi''_i = 2(U - E)\psi_i$$

Методом итераций производим вычисления $\psi(x_i)$ в каждой точке x_i пока ВФ не начнет расходиться; изменяем величину E и повторяем п. п. 2-4; до тех пор пока не будет найдено такое значение энергии E_k , что при значении $E > E_k$ ВФ будет расходиться в одном направлении, а при значении $E < E_k$ ВФ будет расходиться в противоположном направлении.

Для изложенного выше алгоритма составлена программа, написанная на языке программирования MathCad. Алгоритм и программа нами протестированы на простейших модельных потенциалах. Получена хорошая результативность алгоритма и показана эффективность разработанной программы. Результаты данного исследования могут быть использованы для разработки более сложных алгоритмов, а также в учебном процессе для компьютерного моделирования квантово-механических задач.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Децук П.Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ивашин В.М

По сравнению с другими профессиональными группами населения, военнослужащие гораздо чаще подвергаются воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды и факторов, с которыми организм человека не встречался в ходе эволюции, и к которым не выработались защитные реакции и сформировались механизмы адаптации.

Все более широкое использование в ходе деятельности разнообразной военной техники и вооружения ведет к увеличению количества и интенсивности генерируемых ими физических факторов, оказывающих негативное действие на здоровье обслуживающего персонала. Кроме того, в войсковых условиях широко распространены источники таких уровней шума, которые даже при однократном воздействии могут вызвать необратимые изменения в слуховом анализаторе и даже острую акустическую травму. Интенсивный шум оказывает отрицательное действие на функцию зрительного, двигательного, вестибулярного анализаторов, приводит к снижению работоспособности, снижению производительности труда и качества выполняемой работы, падению темпа и ритма работы, снижению концентрации внимания, его распределения и переключения, способствует увеличению травматизма. Биологическое действие инфразвука на организм человека проявляется нейровегетативными нарушениями и психическими расстройствами. Профилактика: технологические мероприятия – улучшение конструкции приборов для снижения уровня шума, использование различных материалов, поглощающих шум; индивидуальные средства защиты (беруши уменьшают шум на 15 дБ, наушники – на 30 дБ защиты применяются антифоны, авиационные шлемы, противозумные вкладыши.) Организационные мероприятия – рациональный режим труда и отдыха. Медицинские профилактические осмотры.

Первыми клиническими проявлениями негативного воздействия вибрации могут быть легкие функциональные сдвиги, наиболее выраженные в местах его приложения: нарушение болевой и вибрационной чувствительности, изменение капилляроскопической картины, температуры кожи и т.д. При воздействии общей вибрации патологические изменения в организме более разнообразны и проявляются главным образом нарушением деятельности вестибулярного аппарата ЦНС (головная боль, потеря памяти, головокружение). Профилактика: в профилактике вредного действия вибрации ведущая роль принадлежит техническим мероприятиям, каковыми являются внедрение дистанционного управления виброопасными процессами, усовершенствование ручных приборов управления. Таким образом, гигиена военного труда – это раздел военной гигиены, в котором изучаются факторы военной профессиональной деятельности и их влияние на здоровье и работоспособность военнослужащих; устанавливаются гигиенические нормы и требования, разрабатываются гигиенические, административные, технические и другие мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих, на предупреждение профессиональных заболеваний и поражений и, в конечном счете, на повышение боеспособности войск.

ИЗМЕНЕНИЕ ОБМЕНА ГОМОЦИСТЕИНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Дешко М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Снежицкий В.А.

В ряде исследований показано влияние гомоцистеина (Hcy) на процессы структурного и электрофизиологического ремоделирования левого предсердия, которое является источником фибрилляции предсердий (ФП) [1].

Целью представленного исследования было оценить метаболизм Hcy у пациентов с различными формами ФП.

На базе отделения нарушений ритма УЗ «Гродненский областной кардиологический диспансер» обследовано 140 человек, которые были разделены на 4 группы: группа сравнения – пациенты без аритмического анамнеза (n=29); 1 – пароксизмальная ФП (n=37); 2 – персистирующая ФП (n=28); 3 – постоянная ФП (n=46).

Критериями включения служили наличие любой из вышеперечисленных форм ФП, развившейся на фоне артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, постмиокардитического кардиосклероза; исключения – наличие клапанной

патологии сердца, выраженной хронической сердечной недостаточности выше 1 стадии либо выше 1 функционального класса, некорригированной функции щитовидной железы, сахарного диабета, ожирения, острого коронарного синдрома на момент обследования, инфаркта миокарда и нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, активного воспалительного процесса любой локализации, другой значимой соматической патологии, предположительной связи между развитием ФП и алкогольными эксцессами.

Уровень Нсу и его катаболита цистеина (Cys) определяли в плазме венозной крови с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии (HPLC Agilent 1100, HP, US); рассчитывали отношение Cys/Нсу, характеризующее транссульфирование Нсу.

Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Сравнение проводили с использованием критериев Крускала-Уоллиса, Манна-Уитни с поправкой Бонферони, MANOVA с оцениванием эффектов первого порядка.

В результате анализа исходных данных получили, что уровень (мкмоль/л) общего Нсу составил в группе сравнения 9,8 (8,6-12,2), у пациентов с пароксизмальной ФП 10,4 (9,3-13,6), персистирующей ФП 10,0 (8,8-12,1) и постоянной 11,1 (8,7-13,1). При этом значения Нсу, несмотря на наличие тенденции к повышению, не различались как между группами, представляющими различные формы фибрилляции предсердий, так и по отношению к группе пациентов без анамнеза аритмии ($p>0,05$). Группы не различались между собой и после согласования по половозрастному составу и нозологической структуре ($F=0,8$; $p=0,5$).

Отношение Cys/Нсу составило 29,0 (25,0-33,2) в группе сравнения; 26,4 (20,5-31,1) при пароксизмальной ФП; 32,2 (25,1-35,3) при персистирующей ФП; 24,0 (17,8-28,7) при постоянной ФП. При сравнении обнаружили значимые различия между группами ($p<0,01$), что было обусловлено более низким значением в группе 3 относительно группы 2 и группы сравнения ($p<0,0083$). При согласовании по полу, возрасту, наличию АГ, ИБС, ХСН получили пограничный уровень значимости ($F=2,47$; $p=0,06$), т.е. при ФП имеет место тенденция к нарушению транссульфирования Нсу, что проявляется повышением соотношения Cys/Нсу у пациентов с постоянной ФП и может являться основой для развития гипергомоцистемии у них.

Таким образом, при ФП имеют место изменения метаболизма Нсу, которые не могут быть объяснены в полной мере наличием аритмии, а определяются другими факторами.

Литература:

1. Van Wagoner, D.R. Is homocysteine a mediator of atrial dysfunction or just another marker of endothelial dysfunction? / D.R. Van Wagoner // *Europace*. – 2008. – Vol. 10. – P. 899–900.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДАННЫХ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ

Дмитриева Д.А., Костко О.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – к.м.н., доц. Овчинников В.А.*

Магнитно-резонансная томография (МРТ) из-за высокой контрастности мягких тканей и мультипланарности может улучшить определение распространенности первичной опухоли и пораженных метастазами лимфатических узлов при раке гортани и гортаноглотки, что важно для планирования специального лечения [1]. Прогностическое значение МРТ при лучевой терапии рака гортани и гортаноглотки в доступной литературе освещено недостаточно.

Цель исследования: определить прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при лучевой терапии рака гортани и гортаноглотки.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования при предлучевой подготовке 63 больных раком гортани и гортаноглотки. МРТ проводилась на магнитном томографе «Philips Gyroscan Intera» с напряженностью магнитного поля 1Т. Получали T2-взвешенные изображения в аксиальной, сагитальной и фронтальной плоскостях. Изучалась выживаемость больных в течение одного года после лучевой терапии по радикальной программе.

У 45 больных был рак гортани (71,4%), у 18 (28,6%) рак гортаноглотки. Преобладала распространенность первичной опухоли Т3 и Т4 – (74,6%). Метастатическое поражение лимфатических узлов было отмечено в 31 случае (49,2%). Больные получали телегамматерапию по радикальной программе.

Результаты: у 47 (74,6%) больных раком гортани и гортаноглотки при помощи МРТ установлена степень инфильтрации в окружающие ткани. Средний размер первичной опухоли – 27 мм. В 5 случаев (7,9%) первичная опухоль на МРТ не визуализировалась, хотя и определялась при ларингоскопии в виде неровностей поверхностей голосовых (n = 4) и черпалонадгортанной складок (n = 1). В 17 наблюдениях (26,9%) установлена зона отека вокруг первичной опухоли. В 3 (4,8%) случаях выявлено распространение на преднадгортанниковое пространство, в 9 (14,3%) – признаки инвазии опухоли в щитовидный хрящ. В одном случае установлено прорастание опухоли в корень языка, еще в одном – в пищевод. Всего в 14 наблюдениях (22,2%) выявлено распространение опухоли за пределы гортани при МРТ. В этой группе одногодичная выживаемость составила $42,9 \pm 13,2\%$. В группе без признаков распространения опухоли за пределы гортани и гортаноглотки – $81,6 \pm 5,5\%$, $p < 0,02$.

Метастазы в лимфатические узлы шеи по данным МРТ установлены у 28 больных ($44,4 \pm 6,3\%$). В этой группе одногодичная выживаемость составила $60,7 \pm 9,3\%$. В группе без признаков поражения лимфатических узлов на МРТ – $81,6 \pm 5,5\%$, $p < 0,1$.

В четырех случаях (6,3%) пациенты не могли находиться в неподвижном положении при МРТ, что сделало исследование малоинформативным.

Вывод:

Симптомы инвазии рака гортани и гортаноглотки в окружающие ткани, выявленные при магнитно-резонансной томографии, являются отрицательными прогностическими признаками для результатов телегамматерапии по радикальной программе.

Литература:

1. Ljumanovic R. / Supraglottic carcinoma treated with curative radiation therapy: identification of prognostic groups with MR imaging / Ljumanovic R., Langendijk, Schenk B., Van Watteringen M., Khoi D.L., Leemans C.R., Castelijns J.A. // Radiology. – 2004. – Vol. 232, № 2. – P. 440 – 448.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ И ФОТОДИНАМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ НАНОЧАСТИЦ СЕРЕБРА

Довнар Р.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Смотрин С.М.

Актуальность. Современные достижения нанотехнологии позволяют получать наночастицы серебра, обладающие, как было доказано, антибактериальными свойствами [1]. Однако изучение противомикробных свойств при сочетанном применении наночастиц серебра и лазерного излучения, по данным мировой литературы, не проводилось.

Цель: изучение антибактериального эффекта бинта медицинского марлевого, содержащего наночастицы серебра, на культуры грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов при воздействии лазерным излучением.

Материалы и методы исследования. В исследовании применялся бинт марлевый медицинский, содержащий наночастицы серебра, размерами от 4 до 30 нм. Он

изготавливался путем пропитки органоzeом серебра в изопропанолe, полученного методом металло-парового синтеза, образцов обычного бинта марлевого медицинского (ГОСТ 1172-93). Последний использовался в работе в качестве контроля.

Антибактериальный эффект изучали по отношению к грамположительному (*Staphylococcus haemolyticus*) и грамотрицательному (*Klebsiella pneumoniae*) микробам. После засева культуры микроба на чашку Петри на неё накладывалось по 2 кусочка обычного бинта марлевого медицинского размером 1,5x4 см в контрольной группе или содержащего наночастицы серебра в опытной группе. После культивирования в течение 24 часов в термостате при 37,00С подсчитывалось количество колониеобразующих единиц (КОЕ) по краю бинта на расстоянии в обе стороны от края, равном диаметру одной колонии.

В работе применяли лазерное излучение длиной волны 470 нм, мощностью 5 мВт при воздействии на чашку Петри с помещенным на нее бинтом в течение 5 мин.

Было осуществлено 6 серий экспериментов. В первой серии производился засев микроба на чашку Петри и помещался обычный бинт медицинский марлевый. Во второй серии после засева микроба на чашку Петри помещался обычный бинт, и производилось воздействие лазерным облучением через 2 часа после засева. В третьей серии после засева микроба и помещения на чашку Петри обычного бинта лазерным облучением воздействовали через 4 часа после засева. В четвертой серии производился засев микроба на чашку Петри с помещением бинта, содержащего наночастицы серебра. В пятой серии после засева микроба на чашку Петри помещался бинт, содержащий наночастицы серебра и через 2 часа воздействовали лазерным облучением. В шестой серии на чашку Петри после засева помещали бинт с наночастицами серебра и подвергали лазерному облучению через 4 часа после засева. Осуществляли суточное культивирование в термостате при t 37,00С и производили подсчет КОЕ по периметру бинта на расстоянии в обе стороны от края, равном диаметру одной колонии.

Результаты. На чашках Петри с обычным бинтом марлевым медицинским, не подвергнутым лазерному облучению, количество КОЕ *Staphylococcus haemolyticus* и *Klebsiella pneumoniae* по периметру бинта составило $7,00 \pm 0,60$ и $4,27 \pm 0,36$, при воздействии лазерным облучением через 2 часа – $7,92 \pm 1,03$ и $5,27 \pm 0,57$, через 4 часа – $6,42 \pm 0,90$ и $4,63 \pm 0,38$. На чашках Петри с бинтом марлевым медицинским, содержащим наночастицы серебра, количество КОЕ *Staphylococcus haemolyticus* и *Klebsiella pneumoniae* по периметру бинта без облучения равнялось $5,17 \pm 0,41$ и $2,08 \pm 0,23$, с лазерным облучением через 2 часа – $4,83 \pm 0,71$ и $2,08 \pm 0,29$, через 4 часа – $3,50 \pm 0,38$ и $1,13 \pm 0,23$ (статистически достоверные отличия от серий № 1-5).

Выводы.

1. Противомикробное действие бинта медицинского марлевого, содержащего наночастицы серебра при сочетанном применении с лазерным излучением длиной волны 470 нм, мощностью 5 мВт при воздействии в течение 5 мин. значительно повышается.

2. Полученный результат можно предположительно объяснить фотодинамическим эффектом наночастиц серебра.

Литература:

1. Антибактериальный и противогрибковый эффект перевязочного материала, содержащего наночастицы серебра / Р.И. Довнар [и др.] // Новости хирургии. – 2010. – Т. 18, № 6. – С. 3 – 11.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ (НЕСТЕРПИМОЙ) БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ШУМОВ В СЕРДЦЕ

Дорда Т.И., Коневега О.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научные руководители – к.м.н., доц. Дедуль В.И.; к.м.н. Снитко В.Н.

В практической деятельности врач нередко встречается с острыми заболеваниями, требующими немедленной дифференциальной диагностики. К ним в первую очередь относятся расслаивающая аневризма аорты, разрыв аневризмы синуса Вальсальвы, внутренние разрывы сердца. Проблема ранней диагностики этих заболеваний сохраняют актуальность не только из-за высокой летальности, но и тенденции к увеличению распространенности данной патологии.

Цель работы. Совершенствование раннего распознавания причин острых болей в груди, сопровождающихся появлением шумов в сердце.

Материалы и методы. На протяжении 10 лет (2001–2010 г.) в кардиологическом и терапевтическом отделениях УЗ 2-й клинической больницы г. Гродно наблюдались 24 пациента (16 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 46 до 83 лет. Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты выявлена у 19, разрыв аневризмы синуса Вальсальвы у 1, разрыв межжелудочковой перегородки у 2 и разрыв (отрыв) папиллярной мышцы у 2 пациентов. Проведен тщательный анализ историй болезни этих пациентов. В исследование также включены протоколы вскрытия 18 умерших пациентов.

Результаты и обсуждение. Все больные поступили в стационар с диагнозом «острый коронарный синдром». Прижизненно в клинике правильный диагноз установлен у 16 пациентов. В остальных случаях ошибочно предполагались острый инфаркт миокарда (4 пациента), тромбэмболия ветвей легочной артерии (3 пациента), острое нарушение мозгового кровообращения (1 пациент).

У больных с расслаивающей аневризмой грудного отдела аорты максимальная активность болевого синдрома отмечалась в самом начале болезни, т.е. в момент разрыва внутренней аорты. Эти боли, как правило, резистентны к многократным инъекциям наркотиков. У половины больных над основанием сердца появился систолический шум. Одновременно с систолическим шумом у 5 пациентов определялся ранее отсутствующий диастолический шум.

Болевой синдром при разрыве аневризмы синуса Вальсальвы не отличался от болевого синдрома при расслаивающей аневризме грудного отдела аорты. Истинную причину болей в прекардиальной области выясняли только после формирования острой аортальной недостаточности. Появление грубого пансистолического шума над всей поверхностью сердца на фоне жестоких болей за грудиной позволяет диагностировать разрыв межжелудочковой перегородки. Возобновление резких болей в области сердца, коллапс, отек легких, появление грубого систолического шума, проводящегося в подмышечную область с музыкальным оттенком, позволяет заподозрить разрыв папиллярной мышцы.

Выводы. Таким образом, правильной трактовке острой боли в груди, сопровождающейся появлением шумов сердца, способствуют тщательная детализация болевого синдрома, полноценное клиническое обследование, правильная трактовка ЭКГ-изменений, своевременное рентгенологическое и ультразвуковое исследование.

Литература:

1. Виноградов, А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А.В. Виноградов, М.: Медицина, – 1987.
2. Сыркин, А.Л. Инфаркт миокарда // – М.: Медицина, – 1998.

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКОЙ И АНГЛИЙСКОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ НОМЕНКЛАТУРЫ В TERMINOLOGIA ANATOMICA

Доропиевич А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – к.филол.н., доц. Кондратьев Д.К.

Объектом проводимого исследования являются латинские анатомические термины и их английские соответствия в последней международной анатомической номенклатуре 1998 года (Terminologia Anatomica), которая представляет собой новейший стандарт в анатомической терминологии.

Цель данного исследования – сопоставительный анализ латинской и английской версий Terminologia Anatomica, выявление основных переводческих закономерностей анатомических терминов на материале названий мышц.

В проведенном исследовании использованы описательный метод, метод инвентаризации и анализа. Для описания количественных характеристик анатомических терминов использован метод математической статистики.

Материалом исследования явились свыше шестисот латинских и английских названий мышц, выделенные на основе сплошной выборки из «Terminologia Anatomica».

В результате проведенного исследования:

- Дана характеристика пяти этапов развития латинской анатомической терминологии, которая начинается с трудов римского медика Клавдия Галена из города Пергама, и продолжается в 16 веке в трудах Андреаса Везалия, – профессора Падуи, Болоньи и Пизы, французского анатома Жака Дюбуа и швейцарского анатома Жана Баугина из Базеля, и завершается выходом в свет книги Фридриха Густава Хенле, которая явилась моделью для создания Базельской номенклатуры.

- Показана история создания международных анатомических номенклатур: Базельской анатомической номенклатуры 1895 года, Йенской анатомической номенклатуры 1935 года, шести редакций Парижской анатомической номенклатуры 1955-1989 годов и, наконец, последней Международной анатомической номенклатуры Terminologia Anatomica.

- Показана доминирующая роль латинского языка в анатомической номенклатуре: с начала возникновения анатомической терминологии анатомы применяли в качестве своего международного профессионального языка латинский язык, что имеет исторические причины, поскольку латинский язык являлся со средних веков языком науки и образования. Кроме того, латинский язык считается «мертвым языком», т.е. не изменяется с течением времени, что является его преимуществом в терминологическом плане. В современной латинской анатомической номенклатуре около восьми тысяч терминов, производных от 600 базовых понятий (400 латинских и 200 греческих).

- Показана роль английского языка в современной терминологии: с конца двадцатого столетия английский язык, который играет доминирующую роль в современной науке, занимает всё более прочные позиции и в анатомии, именно поэтому он был включен в качестве второго языка в Terminologia Anatomica.

- Проведена инвентаризация всего терминологического фонда латинских и английских названий мышц в анатомической терминологии.

- Выделено 35 основных структурных моделей латинских названий мышц, даны их частотные характеристики.

- Проведен сопоставительный анализ латинских названий мышц и их английских соответствий, выявлены основные переводческие закономерности.

- Полученные результаты использованы при подготовке учебного пособия “Medical Latin” для иностранных студентов с английским языком обучения.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Дорофей С.Г., Янушевич Н.А., Гресь С.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ивашин В.М.

Водоснабжение войск представляет собой совокупность мероприятий, проводимых специально предназначенными для этого силами и средствами с целью обеспечения войск водой в необходимом количестве и установленного качества. Среди мероприятий, обеспечивающих здоровье и боеспособность войск, водоснабжение занимает одно из важных мест.

При стационарном размещении войск водоснабжение осуществляется, как правило, по централизованному типу специальными водопроводными системами, состоящими из водозаборных, водообрабатывающих сооружений и водопроводной сети. Эти системы могут быть автономными, то есть принадлежащими военному ведомству, обеспечивающими данный военный объект (городок, аэродром, предприятие и др.), и коммунальными, то есть принадлежащими гражданскому населенному пункту и обеспечивающими военный объект на договорных началах.

Медицинская служба осуществляет медицинский контроль за состоянием системы водоснабжения и деятельностью должностных лиц, обеспечивающих ее функционирование

Достаточность и доступность воды – важнейшие условия бытового благоустройства и санитарного благополучия населения и войск. Отсюда следует, что во всех случаях необходимо стремиться к максимальному удовлетворению потребностей людей в доброкачественной воде. Нормативы нужны для составления проектов и планов водоснабжения населенных пунктов и отдельных групп людей. Нельзя забывать о том, что вода питьевого качества в настоящее время является дефицитным и весьма дорогостоящим продуктом. Все перечисленное убеждает в необходимости нормирования потребления воды.

Питьевая вода должна быть безопасна в эпидемическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу и иметь благоприятные органолептические свойства. Качество питьевой воды должно соответствовать гигиеническим нормативам перед её поступлением в распределительную сеть, а также в точках водоразбора наружной и внутренней водопроводной сети.

Безопасность питьевой воды в эпидемическом отношении определяется отсутствием в ней болезнетворных бактерий, вирусов и простейших микроорганизмов, её соответствием нормативам по микробиологическим и паразитологическим показателям.

Безвредность питьевой воды по химическому составу определяется её соответствием принятым нормативам СанПиН 10-124 РБ 99 «Питьевая вода».

Качество воды определяется путем лабораторно-производственного контроля перед поступлением воды в сеть и санитарно-лабораторного контроля в распределительной сети. Минимальная частота отбора проб установлена в зависимости от вида источника водоснабжения (подземного или поверхностного), характера контролируемых показателей (бактериологических, химических и органолептических), осуществляемых процессов очистки и обеззараживания воды и от мощности водопровода (по численности обслуживаемого населения).

Вода должна быть подвергнута исследованию в день отбора. Если это невозможно, отобранные пробы помещают для хранения в холодильник и консервируют. Способы консервирования и условия хранения указаны в соответствующих стандартах на методы анализа.

ОТРАЖЕНИЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В ЦВЕТОВЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В СПИНЕ

Дорошкевич М.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель - к.м.н. Лебейко Т.Я.

Актуальность: каждый человек живет в определенной цветовой среде. Доминирование тех или иных цветовых тонов зависит от конкретных жизненных событий. Нервная система человека ассоциирует какой-либо цвет с определенной жизненной ситуацией, вызывая тем самым психофизиологические перестройки в организме. Это в свою очередь подготавливает организм к столкновению с этой ситуацией. Наличие боли в организме, в том числе и боли в спине, находит отражение в субъективном отношении пациента к цветовой гамме [1].

Цель и задачи исследования: определить связь цветовых предпочтений с психофизиологическим состоянием у пациентов с болевым синдромом в спине.

Материалы и методы исследования: Обследовано 65 пациентов с болями в спине в возрасте от 19 до 68 лет (38 мужчин и 27 женщин). Из них 13 человек (20%) - служащие, 45 (69%) – рабочие, 7 (11%) – не работающие. У 11 пациентов (17%) диагностирована люмбалгия, у 29 (45%) – люмбоишалгия, у 18 (27%) – радикулопатия, у 7 (11%) – торакалгия. Цветовые предпочтения определяли с помощью цветового теста М. Люшера [2].

Результаты: Общая выраженность компенсаций и тревог, вычисленная в сумме условных баллов (!), у 28% пациентов с радикулопатией и 29% с торакалгией находится в диапазоне от 6 до 12 баллов, что свидетельствует о повышении напряженности внутриличностных конфликтов у этих пациентов. Показатель тревог и компенсаций у 91% больных с люмбалгией и 97% с люмбоишалгией оказался невысоким (не превысил уровень 6 баллов), что свидетельствует о незначительной личностной тревожности. При оценке нервно-психического благополучия (по показателю суммарного отклонения) выявлено, что непродуктивная напряженность, зажатость, утомляемость, преобладание негативных переживаний в значительной степени выражены у пациентов с радикулопатией (в 33% случаев радикулопатии диагностировано значительное и в 6% исключительно большое отклонение от эталона нервно-психического благополучия). У пациентов с люмбалгией показатель суммарного отклонения не вышел за пределы незначительного отклонения от средневыборочной нормы, что свидетельствует об отсутствии психоэмоционального напряжения у этих пациентов. У большинства (71%) пациентов с торакалгией показатель «вегетативного коэффициента» превысил 1,5, что говорит об излишне высокой активированности, склонности к лихорадочности и перевозбуждению этих пациентов. Среди пациентов с торакалгией не оказалось ни одного больного с оптимальным уровнем активированности, тогда как этот показатель диагностирован у пациентов с люмбалгией и люмбоишалгией в 45% и 48% случаев соответственно, что свидетельствует о направленности этих пациентов на покой, говорит о неготовности их к активной деятельности.

Выводы: Боль в спине вызывает психофизиологические перестройки в организме, что находит отражение в индивидуальном отношении к цветовой гамме. У пациентов с радикулопатией и торакалгией наличие болевого синдрома меняет качество жизни, что имеет отражение в эмоциональной дезадаптации, повышенной тревожности, утомляемости. Пациенты с люмбалгией и люмбоишалгией не испытывают выраженного нервно-психологического дискомфорта.

Литература:

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Москва, 2004.-с. 127.
2. Тимофеев В. Краткое руководство практическому психологу по использованию цветового теста М.Люшера. С.-Петербург, 1995

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ КАНДИДА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ В РАЗВИТИИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

Дранец Т.Л., Волонтей В.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – ассист. Волосач О.С.

Актуальность. Ведущим возбудителем кандидозной инфекции является *C. albicans*. Однако не следует забывать о возрастании этиологической роли при кандидозной инфекции, так называемых, non-*albicans* видов [1]. Для некоторых видов дрожжевых грибов рода *Candida* описана исходная, видовая устойчивость к антимикотикам, что определяет неэффективность противогрибковой терапии [2]. Следует учитывать при назначении лечения кандидозной инфекции не только увеличение числа устойчивых к антимикотикам штаммов, но и возможность видовой устойчивости возбудителя к антимикотическим препаратам, что диктует необходимость видовой идентификации возбудителя и определения его чувствительности к противогрибковым препаратам для более успешной терапии.

Цель. Определить этиологическую роль различных видов кандиды в развитии орофарингеального кандидоза.

Материалы и методы. Были обследованы 32 пациента с орофарингеальным кандидозом. Диагноз орофарингеального кандидоза выставлялся на основании клинических данных и подтверждался на основании лабораторного обследования с помощью классических микробиологических методик. Материал для исследования забирался из ротоглотки утром, натошак стерильным ватным тампоном. Видовая идентификация грибов рода *Candida* производилась на основании биохимических признаков при сбраживании сахаров (глюкозы, лактозы, мальтозы, сахарозы, галактозы). Статистическая обработка полученных данных производилась посредством статистических пакетов Microsoft Office Excel 2007 и Statistica 6.0.

Результаты. При исследовании патологического материала, забранного из ротоглотки у пациентов с орофарингеальным кандидозом, нами были идентифицированы 4 вида дрожжевых грибов рода *Candida*: *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*. Сравнительный анализ показал, что имеются достоверные различия этиологической роли различных видов грибов рода *Candida* в развитии орофарингеального кандидоза. Установлено, что основным возбудителем орофарингеального кандидоза остается *C. albicans*, которая была выделена у 24 (75%) пациентов ($p < 0,001$). Отмечено достаточно частое выделение *C. tropicalis* – у 5 (15,6%) пациентов, которая выделялась достоверно чаще *C. glabrata* и *C. krusei* ($p < 0,001$). *C. glabrata* и *C. krusei* были выделены у 2 (6,3%) и 1 (3,1%) пациента, соответственно.

Заключение. Ведущим возбудителем орофарингеального кандидоза продолжает оставаться *C. albicans*, частота выделения которой у пациентов составила 75%. Вместе с тем, частота выделения non-*albicans* видов у пациентов с орофарингеальным кандидозом составила от 3,1% до 15,6%. Следовательно, для успешной противогрибковой терапии следует проводить видовую идентификацию выделенных возбудителей, так как у некоторых видов существует исходная видовая устойчивость к антимикотическим препаратам, в том числе и к широко применяемым в последнее время препаратам группы азолов.

Литература:

1. Мальбахова, Е.Т. Вульвовагинальный кандидоз: видовое разнообразие и чувствительность к противогрибковым препаратам / Е.Т. Мальбахова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 44-46.
2. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции: руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – 2-е изд. – М. : Изд-во БИНОМ, 2008. – 480 с.

АКТИВНОСТЬ ТРАНСКЕТОЛАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ВВЕДЕНИИ ПРЕПАРАТА «СИБИТАЦИН»

Драчова О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

Научный руководитель – к. б. н., доц. Пыжик Т.Н.

Синдром алкогольной зависимости, характеризующийся поведенческими реакциями, которые подразумевают настойчивую тягу к приему алкоголя, может развиваться не только при постоянном, но и периодическом приеме алкоголя. Процесс его ассимиляции протекает в печени, поэтому при употреблении больших доз алкоголя нагрузка на орган может значительно возрастать, что приводит к необратимым изменениям.

Цель исследования: сравнить динамику активности транскетолазы в печени крыс, подверженных прерывистой алкогольной интоксикации, без назначения препарата «Сибитацин» и при его введении.

Материалы и методы. Контрольным животным (1-я группа) вводили внутривенно по 2 мл 0,9 % раствора хлорида натрия 2 раза в сутки. В опыте животные получали этанол в дозе 3,5 г/кг массы тела 2 раза в сутки внутривенно в виде 25 % раствора по схеме, указанной в таблице 1. Препарат «Сибитацин» вводили в дозе 300 мг/кг массы тела 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в составе 5 % суспензии крахмала. В гомогенате печени определяли активность транскетолазы (Bruns, 1958) и белка (Lowry, 1951).

Результаты. Фактическая активация транскетолазы (Таблица 1), после двукратной процедуры «этанол-отмена» (2-я группа) может, по-видимому, рассматриваться в рамках общего адаптационного синдрома как стадия метаболического сопротивления и включения адаптационных ресурсов организма в целом [Карсон и др., 2004].

Таблица 1 – Активность транскетолазы в печени крыс при прерывистой алкогольной интоксикации и введении препарата «Сибитацин» (нмоль с-7-ф/мг белка/мин)

Контроль	Этанол 4 сут. + 3 сут. отмены (2 раза)	Этанол 4 сут. + 3 сут. «Сибитацин» (2 раза)	Этанол 4 сут. + 3 сут. отмены (4 раза)	Этанол 4 сут. + 3 сут. «Сибитацин» (4 раза)
1	2	3	4	5
n = 8 33,07±2,29	n = 6 45,07±2,60 P1-2 < 0,01	n = 7 32,90±2,45 P2-3 < 0,01	n = 7 26,38±0,49 P1-4 < 0,02 P2-4 < 0,001	n = 6 18,70±1,76 P1-5 < 0,001 P4-5 < 0,001

Примечание: n – количество животных в группе; P – различия в сравниваемых группах.

Отсутствие подобной активации фермента в группе 3, по-видимому, может быть отнесено к положительному качеству препарата «Сибитацин», способному ослаблять хотя бы на какое-то время уровень метаболического напряжения в организме.

Однако продолжение алкоголизации крыс (группа 4) приводит к достоверному ингибированию транскетолазы, не устраняемому «Сибитацином» (группа 5). Полученные результаты находятся в соответствии с данными о том, что симптоматика алкогольного расстройства в значительной степени связана с нарушением способности организма усваивать питательные вещества, и что их недостаток нельзя восполнить диетой, богатой минералами и витаминами [Андрианова Л.Е., 2009].

Литература:

1. Андрианова Л.Е. Обезвреживание токсических веществ в организме / Л.Е. Андрианова, С.Н. Силуянова // Биохимия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 619-623.
2. Аномальная психология / Р. Карсон [и др.] – СПб.: Питер, 2004. – 1166 с.

ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НА ФРОНТЕ И В ТЫЛУ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Дрокина А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Сивакова С.П.

Великая Отечественная война потребовала от личного состава армии и флота, от всего советского народа большого напряжения физических и духовных сил. В этих условиях огромную роль играли санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на сохранение здоровья воинов на фронте и населения в тылу страны. Органы гражданского и военного здравоохранения делали все возможное для предупреждения и ликвидации инфекционных заболеваний, авитаминозов и других болезней – неизбежных спутников войны.

Ни одна армия в период второй мировой войны не имела такой стройной санитарно-гигиенической и противоэпидемической системы, как советская. Медицинская служба Красной Армии располагала тогда специализированными подвижными частями и подразделениями: фронтовыми санитарно-эпидемиологическими лабораториями, санитарно-эпидемиологическими отрядами армий и санитарными взводами в медико-санитарных батальонах дивизий. В их распоряжении имелись автолаборатории, комплекты гигиенических укладок и наборов. Все это позволяло систематически и своевременно проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в местах расположения войск, в полосе их действия и тыловых районах фронтов.

На крупных узловых железнодорожных станциях для контроля за санитарным состоянием воинских эшелонов были созданы санитарно-контрольные пункты, в задачу которых входили выявление больных и организация в случае необходимости санитарной обработки личного состава, дезинфекция и дезинсекция одежды.

Были сформированы банно-дезинфекционные и банно-прачечные поезда, которые выделялись Главным военно-санитарным управлением по заявкам фронтов для санитарной обработки личного состава. Личный состав бесперебойно снабжали мылом для туалетных нужд и стирки белья, противопаразитарными средствами. Банно-прачечное обеспечение надежно предохраняло войска от паразитарных тифов и других инфекционных болезней.

С целью предупреждения авитаминозов в первый период войны широко использовались витаминные настои из дикорастущей зелени и хвои. С 1943г. начали действовать специальные заводы, изготавливавшие витамины для нужд фронта, что позволило наладить снабжение войск необходимыми витаминными препаратами и предупредить распространение цинги. По разработанным рецептам готовились питьевые дрожжи для раненых и больных в госпиталях, для военнослужащих, находившихся на обучении в запасных полках в военных училищах, для рабочих на заводах, студентов. Употребление дрожжей повышало содержание белка и витаминов группы В в рационе.

Все звенья медицинской службы вели непрерывную разведку предполагаемых мест расположения войск в населенных пунктах, среди их жителей выявлялись и изолировались инфекционные больные. Много сил и энергии затрачивали военные гигиенисты на разведку водоисточников. Вода в шахтных колодцах, как правило, была не пригодной для питьевых и хозяйственных целей без предварительного обеззараживания, но разработанные в военное время методы очистки и обеззараживания воды в колодцах хлорсодержащими препаратами делали ее вполне пригодной для употребления и предупреждали распространение водным путем острых кишечных заболеваний среди личного состава.

Опыт Великой Отечественной войны наглядно свидетельствует о том, что своевременная и качественная организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий обеспечивают предупреждение распростране-

ния инфекционных болезней и авитаминозов среди личного состава войск, как в военное, так и в мирное время, сохраняя тем самым, постоянную боеготовность вооруженных сил в целом.

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Дрокина А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Сивакова С.П.

Сохранение здоровья детей в значительной степени зависит, с одной стороны от форм организации обучения, режимных моментов и эпидемиологической обстановки в школах, с другой – от совершенствования методов контроля и определения ведущих признаков здоровья.

На сегодняшний день в Республике Беларусь особую значимость приобрела проблема роста «школьно-значимой» патологии у школьников, которая формируется под воздействием неблагоприятных факторов обучения в школе, таких как умственные перегрузки, недостаточный уровень искусственной освещенности, нерациональное питание, неправильная организация режима учебных занятий и рабочего места. Это способствует увеличению численности детей с хроническими заболеваниями и функциональными отклонениями. Ежегодно возрастает количество школьников относящихся к III и IV группам здоровья. По данным ежегодных медицинских осмотров детей и подростков г. Гродно дети, страдающие хроническими заболеваниями, составили 18,3%, а количество детей группы риска 59,8%.

Цель настоящего исследования заключается в изучении изменений функционального состояния и умственной работоспособности учащихся общеобразовательных школ г. Гродно, занимающихся с повышенными учебными нагрузками и по традиционной учебной программе.

Функциональное состояние организма учащихся старших классов оценивалось по показателям умственной работоспособности в динамике учебного дня и учебной недели. В работе использовались общепринятые методы исследования. Умственная работоспособность оценивалась при помощи корректурных заданий по буквенным таблицам Анфимова. Изучение психо-эмоционального состояния старшеклассников осуществлялось с помощью теста Айзенка.

Среди опрошенных старшеклассников 39,3% являются эмоционально устойчивыми. Причем высокой степенью устойчивости из них обладают 18,6% детей, а 81,4% – имеют среднюю степень эмоциональной устойчивости. 60,6% школьников являются эмоционально неустойчивыми личностями, 88% из них – высоко неустойчивыми, у 12% – эти особенности еще более выражены.

Была выявлена корреляционная связь в 82,5% случаев между успеваемостью детей в школе и динамикой умственной работоспособности. Изучение уровня индивидуальных сдвигов работоспособности за неделю показало, что у «отличников» и «хорошистов» процент благоприятных сдвигов, по сравнению с началом недели, достоверно выше, чем в «в группе риска» – 45,5% и 35,5% против 16,6%. Выраженное утомление развилось у 9,1% «отличников», 30,4% «хорошистов» и 31,25% в «группе риска».

Указанные тенденции отмечались в обеих исследуемых группах не независимо от формы организации обучения.

Выявленное нами повышенное и высокая степень психо-эмоциональной неустойчивости у старшеклассников осложняет процесс обучения, препятствует психологической адаптации к повышенным нагрузкам и приводит к переутомлению, стрессам и заболеваниям.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПРОМЕЖНОСТИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Дубицкая Н.А., Ларченко Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Яговдик И. Н.

Актуальность. Нарушение функции промежности у женщин в последние годы вызывает интерес учёных и клиницистов. Проблема акушерского травматизма мягких тканей половых путей в родах и его неблагоприятных последствий для организма женщины до настоящего времени остается одной из важных в акушерстве и гинекологии [1]. Наиболее часто обсуждаемым является вопрос о связи недостаточности тазового дна с беременностями и родами.

Цель исследования: оценка состояния промежности у женщин репродуктивного возраста путем вычисления промежностного индекса (PI).

Материалы и методы. Всего нами было обследовано 100 женщин в возрасте от 18 до 50 лет. Исследование проводилось на базе городской поликлиники №6 и городской женской консультации №5 г. Гродно. Все пациентки были разделены на 4 группы. В первую группу вошли нерожавшие женщины (n=26). Количество рожавших женщин 74, из них: женщины после родов через естественные родовые пути без перинеальной травмы включены во вторую группу (n=27); женщины после родов через естественные родовые пути, осложнившиеся перинеальной травмой (перинео- и эпизиотомия), включены в третью группу (n=28), женщины после кесарева сечения вошли в четвертую группу (n=19). Для оценки состояния промежности по методике В.Е. Радзинского [2] анализировались следующие показатели (в покое и при натуживании): высота и толщина промежности, рубцы на промежности и их характеристика, геморроидальные узлы, зияние половой щели, расхождение ножек леваторов, визуализация шейки матки в половой щели, дилатация уретры и анального отверстия, подтекание мочи.

Результаты вычисления промежностного индекса представлены в таблице.

Таблица – Величина промежностного индекса у пациенток исследуемых групп

группа	группа 1	группа 2	группа 3	группа 4
Σ PI	2,92	6,51	13,51	4,45

Согласно полученным данным, среднее значение PI у обследованных женщин составило 8,19. Минимальные показатели PI отмечены в первой группе, т.е. у нерожавших женщин. Более высокие показатели получены у женщин после кесарева сечения (4 группа) и после родов через естественные родовые пути без перинеальной травмы (2 группа). Максимальные значения PI получены у женщин, перенесших акушерскую травму промежности в родах (3 группа), что свидетельствует о худшем состоянии промежности у этих обследуемых.

Таким образом, роды через естественные пути вне зависимости от наличия перинеальной травмы ухудшают состояние промежности. Акушерская травма промежности является ведущим фактором, инициирующим постепенное и неуклонное развитие несостоятельности тазового дна, приводящей к развитию пролапса тазовых органов и комплекса осложнений, формирующих синдром несостоятельности тазового дна.

Литература:

1. Кулаков, В.И. Акушерский травматизм мягких тканей родовых путей / В.И. Кулаков, Е.А. Бутова. – М.: МИА, 2003. - 128 с.
2. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / В.Е. Радзинский [и др.]; под. ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 336 с.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НА ПУРИНОВЫЙ МЕТАБОЛИЗМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ В СОЧЕТАНИИ С ИБС

Дубицкая Н.А., Ларченко Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – ассистент Пицко Д.В.

Актуальность: адекватная коррекция пуринового метаболизма у пациентов с подагрой в сочетании с ИБС играет важную роль в предупреждении ее прогрессирования.

Цель исследования: изучить динамику пуриновых метаболитов у пациентов с подагрой в сочетании с ишемической болезнью сердца на фоне комплексной терапии. Материалы и методы исследования: первую группу составили 49 пациентов с подагрой без кардиоваскулярной патологии, которые принимали аллопуринол в дозе 300 мг в сутки в течение 30 дней. Во второй группе 35 пациентов с подагрой в сочетании с ИБС: стенокардия напряжения ФК II и АГ 2ой стадии риск 4 получали комплексную терапию включавшую: аллопуринол 300 мг, фолаты 0,5 мг, пиридоксин 5 мг, метопролол 100 мг и лозартан 100 мг в сутки в течение 30 дней. До и после лечения у обследуемых лиц определялись уровни пуриновых метаболитов.

Результаты: как видно из представленных в таблице данных, у пациентов с подагрой в сочетании с ИБС в сравнении с группой без кардиоваскулярной патологии отмечаются более высокие концентрации мочевой кислоты, аденозина и снижение уровня инозина.

Таблица 1 – Концентрации пуриновых метаболитов в плазме крови до и после лечения (медиана (нижний квартиль-верхний квартиль) мкмоль/л))

Пуриновые метаболиты	Пациенты с подагрой без кардиоваскулярной патологии (n=49)		Пациенты с подагрой с ИБС и АГ (n=35)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Аденозиндифосфат	1,18 (0,44-4,70)	2,6 (1,82-4,50)+	0,86 (0,48-3,24)*	3,2 (2,5-5,7)*+
Мочевая кислота	492 (457-573)	303 (243-366)+	658,0 (489-750)*	346 (209-390)*+
Гипоксантин	48,3 (24,86-76,95)	54,8 (28,0-99,3)	46,13 (26,3-81,35)*	25,5 (17,8-59,2)*+
Ксантин	3,31 (2,15-7,44)	5,05 (3,13-9,68)	3,7 (1,61-7,3)	11,4 (6,4-22,0)*+
Инозин	9,84 (4,75-12,43)	9,80 (6,66-14,82)	3,2 (2,4-7,8)*	18,1 (16,7-32,5)*+
Аденозин	0,33 (0,08-1,17)	0,15 (0,07-0,38)+	0,43 (0,09-1,43)*	0,07 (0,06-0,11)

* – $P < 0,05$ по отношению к группе без кардиоваскулярной патологии до лечения;

+ – $P < 0,05$ по отношению к соответствующей группе до лечения

После проведенного лечения более лучшие показатели пуринового метаболизма отмечались в группе пациентов получавших комплексную терапию.

Выводы: комплексная терапия оказывает более выраженное снижение уровня мочевой кислоты, аденозина и увеличение уровня инозина, чего не наблюдалось на фоне лечения только аллопуринолом.

Литература:

1. Пицко, Д. В. Коррекция дисфункции эндотелия у больных подагрой комбинацией аллопуринола и функциональносвязанных витаминов /Д. В. Пицко, В. М. Пырочкин// Лечебное дело. – 2010. – №4(14). – С.35-39.

2. Пырочкин, В.М.. Влияние комплексной терапии на пуриновый, аминокислотный обмен и функциональное состояние дотелия у больных ИБС в сочетании с подагрой. / В. М. Пырочкин [и др // Кардиология в Беларуси. – № 4(11) спецвыпуск. – 2010. – С. 99-107.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РАХИТА, АНЕМИИ, АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Дубицкая Н.А., Ларченко Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – ассист. Дагаева А.А.

Актуальность работы определяется распространенностью таких заболеваний, как рахит, анемия, а также аллергических реакций у детей, что требует внедрения дополнительных диагностических методов для формирования выборки детей с высоким риском развития патологии, что, в конечном итоге, приведет к увеличению эффективности проводимой профилактики.

Цель работы: определение прогностических факторов для формирования групп риска по развитию рахита, анемии, аллергических заболеваний у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Данные получены при анкетировании матерей с помощью разработанных нами оригинальных анкет. Проанализировано 200 анкет: из них 104 (52 %) анкеты мальчиков и 96 (48 %) девочек. Родами в срок закончилось 87 % беременностей. Роды у опрошенных матерей протекали через естественные родовые пути в 73 % случаев, путем кесарева сечения в 27 % случаев. Работа была проведена на базе УЗ «ГОДКБ», в стоматологической поликлинике № 1 и Д/с № 98.

Результаты. При проведении корреляционного анализа нами установлены достоверные связи между особенностями протекания беременности и признаками, которые могут свидетельствовать о наличии у ребенка рахита. Такие показатели, как преждевременные роды достоверно положительно коррелировали с выраженной потливостью у ребенка в первом полугодии жизни ($p=0,002$), более поздним началом ходьбы ($p=0,0005$) и отмечаемым родителями искривлением ног на первом году жизни ($p=0,005$). Отмечалась тенденция к более позднему удерживанию ребенком головы ($p=0,07$) по сравнению со сверстниками, а также такие дети более поздно начинали сидеть ($p=0,04$) и ползать ($p=0,06$). Более позднее начало ползания и наличие запоров на первом году так же коррелировали с приемом матерью во время беременности препаратов железа ($p=0,005$). Анемия на первом году жизни наблюдалась у детей, рожденных от матерей, беременность которых протекала на фоне анемии ($p=0,001$), приема антибактериальных препаратов ($p=0,02$), а также если мать не получала поливитаминных препаратов во время беременности ($p=0,08$). Аллергические реакции достоверно чаще наблюдаются при наличии в антенатальном анамнезе угрозы прерывания беременности ($p=0,0002$), связаны и с приемом матерью во время беременности препаратов железа ($p=0,08$).

Таким образом, одним из важнейших предрасполагающих факторов в развитии рахита является недоношенность ребенка. Угроза прерывания беременности является риском по развитию аллергических реакций на первом году жизни. В то время как анемия у матери во время беременности достоверно предрасполагает к развитию всех трех вышеперечисленных состояний (рахита, аллергических реакций, анемии).

Литература:

1. Соколов, С.М. Предпатология: проблемы и решения / С.М. Соколов. – Минск, 2000. – 80 с.
2. Чичко, М.В. Диагностика детских болезней: справочник / М.В. Чичко [и др.]; под ред. М.В. Чичко. – Минск, Беларусь, 2002. – 575 с.
3. Студеникина, М.Я. Аллергические болезни у детей: руководство для врачей / М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина; под ред. М.Я. Студеникиной, – Москва: Медицина, 1998.

ПЕРИТОНЗИЛЛЯРНЫЙ АБСЦЕСС У ДЕТЕЙ

Дубровская О.В., Хильмончик Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Алешиук И.Ч.

Актуальность. Перитонзиллярный абсцесс является одним из самых распространенных и опасных гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов. Наиболее часто встречается в весенне-осеннем периоде. Число пациентов с данной патологией неуклонно растёт (около 30 из 100.000 человек в США, в Европе – 40 из 100.000 человек) [1]. Болеют чаще дети старшего возраста и взрослые от 20 до 40 лет. Эта инфекция влияет на мужчин и женщин в равной степени. Частота рецидивов составляет около 10-15%. Абсцесс-тонзиллэктомия выполняется у 31% детей [2]. Заболеваемость среди детей постоянно растёт.

Цель: изучить особенности заболеваемости детей разного возраста перитонзиллярным абсцессом.

Материалы и методы. Материал для исследования составили истории болезней 102 пациентов с перитонзиллярным абсцессом оториноларингологического отделения для детей УЗ «ГОКБ». Были исследованы следующие показатели: возраст, пол, место жительства, время года заболевания, локализация процесса, проведенное лечение.

Результаты. За последние 15 лет отмечается стабильный рост заболеваемости перитонзиллярным абсцессом у детей среди всех пролеченных в клинике с 1,52% в 1995 году до 2,84% в 2010 году. За 2009 – 2010 годы было пролечено 102 пациента с перитонзиллярным абсцессом в возрасте от 6 месяцев до 17 лет (средний возраст – $11,9 \pm 5,5$ лет). Среди детей преимущественно болели девочки (60,8%), мальчики составили только 39,2%. По возрастным категориям дети разделились следующим образом: до 1 года – 1 (1%) ребенок, от 1 до 4 лет – 14 (13,7%) детей, от 5 до 9 лет – 20 (19,6%) детей, от 10 до 14 лет – 13 (12,8%) детей, от 15 до 18 лет – 56 (54,9%) детей. Отмечается значительное число (47,1%) детей до 14 лет (младший и средний возраст). Дети болели приблизительно равномерно по всем сезонам года (весна – 27,1%, лето – 33,9%, осень – 20,3%, зима – 18,6%). Заболеваемость была выше летом и весной. Перитонзиллярный абсцесс чаще локализовался справа (65,7%), чем слева (34,3%). В отделение поступило 97 (95,1%) больных в стадии абсцедирования. Всем при поступлении в стационар производилось вскрытие перитонзиллярного абсцесса, у 14 (13,7%) больных выполнена абсцесстонзиллэктомия в связи с недостаточностью дренирования и выраженным интоксикационным синдромом, рецидивом заболевания. При наличии стадии инфильтрации (5 (4,9%) пациентов) проводилось консервативное лечение и наблюдение. Наступило выздоровление без оперативного вмешательства.

Выводы: 1. Отмечается рост больных с перитонзиллярным абсцессом.

2. У девочек перитонзиллярный абсцесс возникает чаще (60,8%), чем у мальчиков (39,2%).

3. Отмечается значительное снижение возраста заболевания (дети до 14 лет – 47,1%).

4. Чаще абсцесс встречается справа (65,7%).

5. Отсутствует сезонность заболевания, независимо от времени года заболеваемость составляет 18,6 – 33,9%.

6. Наиболее эффективным методом лечения является абсцесстонзиллэктомия.

Литература:

1. Hardingham M. Peritonsillar infections / M. Hardingham // Otolaryngol Clin North Am. – 1987. – №20. – P. 273 – 278.

2. Schraff S. Peritonsillar abscess in children: a 10-year review of diagnosis and management / S. Schraff, J. McGinn, C.S. Derkay // Int. J. of Pediatric Otorhinolaryngol. – 2001. – Volume 57. – P. 213 – 218.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ГИСТОХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ПЕЧЕНИ У 45-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Дудук Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., проф. Зиматкин С.М.

Заболевания печени и желчевыводящих путей, сопровождаемые холестазом, в современном обществе становятся все более распространенным явлением. Синдром холестаза у беременных – это проявление своеобразной холангиоэндокринной недостаточности, формирующейся на фоне предшествующей конституциональной недостаточности метаболизма билирубина и гормонов [1]. Он не вызывает серьезных расстройств у беременных, но оказывает весьма отрицательное воздействие на плод [2].

Целью данной работы является проверка предположения о нарушении становления структурных и цитохимических свойств печени крысят, рожденных от матерей с экспериментальным холестазом, что позволит подтвердить гипотезу о наличии органоспецифических связей между организмом матери и плода.

Материалом для исследования служила печень крысят 45-суточного возраста. 10 из них родились от крыс-самок, которым был смоделирован холестаз путем перевязки с последующим пересечением общего желчного протока на 17 день беременности. 7 других крысят, родившихся от самок, которым в этот же срок беременности выполняли ложную операцию, служили контролем. По достижению 45-суточного возраста опытных и контрольных крысят умерщвляли парами эфира, быстро извлекали печень. Один кусочек печени каждого животного фиксировали в жидкости Карнуа, заключали в парафин, изготовленные срезы окрашивали гематоксилином и эозином и по методу Шабадаша на выявление гликогена, другой – замораживали в жидком азоте, а криостатные срезы использовали для гистохимического исследования активности ферментов.

Результаты исследования показали, что в целом структура печени и архитектоника печеночных долек у потомства животных с холестазом существенно не отличалась от контроля. Однако, у опытных крыс следует отметить большую гетерогенность ядер гепатоцитов по форме, окраске и расположению в клетке и повышенную вакуолизацию цитоплазмы. В цитоплазме гепатоцитов периферических зон классических печеночных долек контрольных крысят обнаружено значительное количество гликогена, а у опытных – выявляются лишь его следы в единичных гепатоцитах. Отличий в активности лактатдегидрогеназы в гепатоцитах печени опытных и контрольных животных не обнаружено. Активность сукцинатдегидрогеназы (СДГ) в печени контрольных животных выявлена преимущественно в периферических частях долек. В печени опытных крысят активность СДГ несколько снижена, по сравнению с контрольными. СДГ является ключевым ферментом тканевого дыхания и по его активности в гепатоцитах можно судить о митохондриальном окислении в клетках печени.

Таким образом, холестаз матери, моделируемый на 17-ые сутки беременности оказывает заметное влияние на формирование морфофункциональных свойств печени у развивающегося потомства.

Литература:

1. Гичев, Ю.П. О синдроме холестаза при беременности// Акушерство и гинекология. – 1989. – №5. – с.64-65.
2. Дудук, Н.И. Холестаз беременных и его последствия для матери и потомства// Н.И. Дудук, С.М. Зиматкин// Журнал ГрГМУ. – 2011. – №1. – с.3-6.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Дыбов О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н. Милешко М.И.

Актуальность. Основными причинами заболевания, госпитализации и смертности больных сахарным диабетом (СД) являются инфекционные процессы в области нижних конечностей. Гангрена нижних конечностей у больных СД развивается в 6 раз чаще, чем у лиц без СД; в 5 случаях из 6 причиной ампутации, не связанной с травмой, являются гнойно-некротические поражения нижних конечностей на фоне СД. Летальность при гнойной инфекции, связанной с СД, колеблется в пределах от 6 до 22%. Частота ампутаций у больных «диабетической стопой», по данным ряда авторов, составляет 83,1%, хотя в 57, 2% случаев патологический процесс ограничивается областью фаланги пальцев или другими локальными повреждениями стопы [1].

Цель. Изучить влияние лазеротерапии на течение гнойно-некротического процесса стоп у больных сахарным диабетом.

Материалы и методы. Среди больных, поступающих в отделение гнойной хирургии УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за период с 2004 по 2010 годы, от 4,5 % до 6,5% составляют пациенты с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей, возникшими на фоне СД; еще у 22–25% СД является сопутствующей патологией. Нами проанализированы результаты лечения 378 больных (221 мужчина, 157 женщин) в возрасте от 39 до 79 лет с синдромом диабетической стопы. Продолжительность СД у этих больных составляла от 1 года до 25 лет. Тяжелая степень СД была выявлена у 137 пациентов, средняя – у 229, легкая – у 12. Все больные имели сопутствующие заболевания: ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, облитерирующий атеросклероз сосудов конечностей, нарушения мозгового кровообращения.

Больные разделены на группы: 1 группа – 358 пациентов с гнойно-некротическими заболеваниями стоп, развившимися на фоне сахарного диабета, получавшими традиционное лечение; 2 – 20 больных с синдромом диабетической стопы, которым на фоне общепринятого лечения проводили лазерную терапию аппаратом «Родник-1».

Аппарат «Родник-1» обладает кроме лазерных излучателей красной и инфракрасной областей спектра светодиодного источника поляризованного синей области спектра. Аппарат обеспечивает комбинированное воздействие на очаги поражения излучением синей и красной, синей и инфракрасной, красной и инфракрасной областей спектра, а также за счет совместного действия лазерного излучения и постоянного магнитного поля. Сочетание длин волн синей и красной областей спектра позволяет значительно повысить эффективность лазерной терапии и использовать комбинацию этих длин волн для лечения больных с синдромом диабетической стопы.

Анализ результатов проводили на основании данных клинических исследований, иммунологического статуса, исследования микроциркуляторного русла, морфологических (цитологических, цитобактериологических) исследований.

Выводы. Лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы должно быть комплексным, направленным на опережение гнойно-воспалительного процесса.

Лазерная терапия является высокоэффективным методом лечения, позволяющим улучшить результаты лечения, и должна проводиться с обязательным учетом кровоснабжения конечности, общего состояния, уровня гликемии и глюкозурии, характера патологического процесса.

Литература:

1. Гришин И.Н., Холодова Е.А., Чур Н.Н. Хирургическое лечение больных диабетической стопой //Новости хирургии. 1996. №1. С. 3–7.

ГНОЙНЫЙ ИЛЕОПСОИТ: ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Дюрдь В.К.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н. Кузнецов А.Г.

Одной из наиболее редких, и трудно диагностируемых патологий в практике хирурга является гнойный илеопсоит.

Цель исследования: выявить возможные этиологические факторы гнойного илеопсоита, а также оценить клиническую значимость различных методов обследования и эффективность способов лечения указанной патологии.

Материалы и методы. За период 2009-2010 годы в хирургическом отделении БСМП г. Гродно нами наблюдалось 6 больных: 4 мужчин и 2 женщины в возрасте от 24 до 60 лет. В 4 случаях процесс локализовался справа, левосторонняя локализация отмечена у 2 больных.

Всем больным выполнялись: лабораторное исследование крови и мочи; рентгенологические исследования органов грудной клетки и брюшной полости, костей позвоночника, таза; ультразвуковое исследование и компьютерная томография брюшной полости, забрюшинного пространства; бактериологическое исследование крови, раневого отделяемого.

Результаты и обсуждение. Анализ возможных этиологических факторов выявил: указание на местное воздействие холодового фактора – 2 человека, потерто-сти нижней конечности – 1 пациент, в 1 случае гнойному илеопсоиту предшествовала пункция бедренной артерии (выполнялась аортоартериография) на стороне поражения с последующим формированием гематомы. В 2 случаях явных причин выявлено не было. Однако именно у этих больных при исследовании были обнаружены признаки иммунодефицита (одна пациентка страдала сахарным диабетом, а другая в течение 20 лет принимала глюкокортикоиды по поводу бронхиальной астмы). Бактериологическое исследование раневого отделяемого выявило различные ассоциации микроорганизмов, но во всех случаях был высеян *Staphylococcus aureus*.

До госпитализации правильный диагноз не был поставлен ни одному больному. Пациенты лечились амбулаторно либо в других стационарах с диагнозами: коксартроз, люмбоишалгия, миозит грушевидной мышцы, сакроилеит. Госпитализация в хирургическое отделение была осуществлена в сроки от 5 до 17 суток с начала заболевания. В приемном отделении правильный диагноз был выставлен лишь одному больному.

Клиническая картина острого гнойного илеопсоита складывалась из общих и местных признаков. У 5 пациентов имелись признаки выраженной интоксикации: гипертермия, озноб, тахикардия, слабость, головные боли. В 2 случаях развилась картина сепсиса. Среди местных признаков наиболее характерным (5 больных) являлся псоас-симптом (сгибательная контрактура бедра с резкой болезненностью при попытке разогнуть его). Больные также предъявляли жалобы на боли в ягодичной области, тазобедренном суставе, крестцово-подвздошном сочленении. В 2 случаях развилась картина сепсиса.

У всех наблюдаемых нами больных отмечены лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличение СОЭ, тенденция к снижению гемоглобина, повышение содержания в крови маркеров воспаления (СРБ, РФ, АСЛ-О). Из дополнительных методов обследования самым информативным явилась компьютерная томография забрюшинного пространства, при которой во всех случаях было выявлено утолщение подвздошной и(или) поясничной мышцы с диффузным либо отграниченным скоплением жидкости в ее структуре.

При постановке диагноза гнойного илеопсоита всем больным проводилось хирургическое лечение. Из традиционного доступа Кромптона-Пирогова производилось внебрюшинное вскрытие гнойника и его дренирование с последующим промы-

ванием гнойной полости растворами антисептиков. Во всех случаях наблюдался благоприятный исход.

Выводы. Своевременная диагностика, основанная на правильной оценке анамнеза, клинических, лабораторных и инструментальных данных, позволяет добиться хороших результатов в лечении довольно редкой и тяжелой патологии – гнойного илеопсоита.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ГРГМУ К ИСТОЧНИКАМ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ

Дядюк А.В., Баранов А.А

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ст. преп. Губарь Л.М

Актуальность рассматриваемых вопросов определяется широким использованием источников неионизирующих излучений в различных отраслях практической деятельности большинства стран мира, огромным числом людей, подвергающихся воздействию электромагнитных факторов в жилых помещениях, а также недостаточным, неправильным пониманием как населением, так и многими медицинскими работниками степени опасности неионизирующего воздействия на здоровье человека.

Цель исследования. Анализ возможных источников неионизирующих излучений в жилых помещениях и отношение студентов ГрГМУ к их использованию.

Материалы и методы. Для определения уровня излучения от бытовых приборов было проведено анкетирование среди 100 студентов ГрГМУ по 10 вопросам. Получены следующие данные. У респондентов имеются: микроволновая печь – 65%; холодильник – 97%; электрический чайник – 55%; радиотелефон – 36%; телевизор – 69%; мобильный телефон – 100%; компьютер – 97%; принтер – 60%; ксерокс – 24%.

На вопрос: «Сколько раз в день Вы пользуетесь микроволновой печью?», 72% респондентов ответили – 1–2 раза, 25% – 3–5 раз и 3% – 6–10 раз. Электрическим чайником 43% пользуются 1–2 раза, 49% – 3–5 раз, 4% – 6–10 раз и 4% более 10 раз. На вопрос: «Сколько времени в день Вы смотрите телевизор?», 23% ответили, что менее 1ч, 17% – 1–2ч, 14% – 2–3 ч, 13% – более 3 ч и 33% – редко. На вопрос: «Где у Вас находится холодильник?», 15% ответили, что в помещении, в котором они живут; у 85% – в другом помещении. На вопрос: «Сколько времени в день Вы проводите за компьютером?», 17% – менее 1 ч, 29% – 1–2 ч, 26% – 2–3ч, 10% – 3–5 ч и 18% – более 5 ч. На вопрос: «Как часто Вы пользуетесь принтером?», 18% – ежедневно, 38% – несколько раз в неделю и 44 % – реже 1 раза в неделю. На вопрос: «Сколько времени в день Вы разговариваете по мобильному телефону?», 22% ответили – до 30 мин., 25% – 30–60 мин., 20% – 1–2ч, 11% – 2–3 ч и 22% – более 3 ч. На вопрос: «Где Вы носите мобильный телефон», 15% – в кармане верхней одежды, 52% в сумке и 33% в кармане брюк. На предложенный вопрос: «На каком расстоянии от Вас во время сна находится мобильный телефон?», 45% ответили, что менее 50 см, 34% – 50–100 см, 16% – 1–1,5 м и 5% – более 1,5 м.

Результаты. По отдельным категориям наблюдается превышение рекомендуемых санитарно-гигиенических требований: 83% пользуются компьютером более 1 часа в день; 53% ежедневно разговаривают по мобильному телефону более 1 часа; у 48% мобильный телефон находится близко к телу, 44% смотрят телевизор более 1 часа в день; у 15% холодильник постоянно находится на близком расстоянии. Особенно обращает на себя внимание то, что 14% разговаривают по мобильному телефону более 3-х часов в день и во время сна у 45% он находится на расстоянии менее 50 см.

Выводы. Многим студентам стоит задуматься над коррекцией отношения к неионизирующему излучению в помещении, где они живут. В качестве рекомендаций по уменьшению действия излучения необходимо уменьшить время контакта с

источником и увеличить расстояние до него для профилактики вредного биологического действия на организм. Будущий врач должен грамотно уметь заботиться о здоровье не только пациентов, но и о своём.

На основании полученных результатов мы пришли к выводу, что необходимо заинтересовать студентов в профилактике неблагоприятного действия источников неионизирующего излучения на организм и повышать знания по этим вопросам.

Литература:

1. Павлов А.Н. Воздействие электромагнитных излучений на жизнедеятельность. /А.Н.Павлов// М: ГЕЛИОС, 2003. – 224 с.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У ДЕВУШЕК-ШКОЛЬНИЦ

Емельянчик И.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Научный руководитель – к.м.н., доц. Глебов А.Н.

Цель исследования. Провести анализ физической работоспособности девушек из гимназии №3 г. Гродно разных типов конституции.

Работа выполнена при помощи антропометрического метода обследования 89 девушек-добровольцев, в возрасте 14-16 лет, которые являлись учащимися гимназии №3 г. Гродно. У всех добровольцев в положении сидя пальпаторно измеряли частоту сердечных сокращений. После этого им предлагали выполнить 20 приседаний в течение 30 секунд. Сразу после выполнения нагрузки исследуемый садится, и у него определяют ЧСС в течение 10 секунд. Физическую работоспособность оценивали в зависимости от прироста пульса после нагрузки по сравнению с исходной величиной. Отличной физической работоспособностью считалась в том случае если прирост пульса был менее 25%, хорошей – 25-50%, удовлетворительной – 50-75%, плохой – более 75%. После этого пульс подсчитывали в течение 3 минут восстановительного периода с периодичностью 1 раз в минуту. При этом дополнительным критерием функционального резерва организма является восстановление ЧСС, – его оценивали по времени возвращения ЧСС к исходной величине. Если ЧСС достигала исходной величины в течение 1 минуты, физическая работоспособность считалась хорошей, если в течение 2 минут – удовлетворительной и если в течение 3 минут и более – плохой. Определение соматотипа проводилось по методике Н.А. Усоевой. С целью внутригрудного разделения на соматотипы использованы стандартные квадратические отклонения от средних. Статистическая обработка и анализ полученных результатов осуществлялись на кафедре военной эпидемиологии и военной гигиены Белорусского государственного медицинского университета.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено доминирование нормостенического типа конституции, который составил 69 % от количества обследованных, гиперстеники – 17%, астеники – 14%. Самые высокие исходные показатели ЧСС наблюдались у гиперстеников, они приближались к верхней границе нормы и составили 75 ударов в минуту, у нормостеников и астеников ЧСС была несколько ниже, и составила, соответственно, 69 и 61 ударов в минуту. После физической нагрузки у гиперстеников также наблюдалось самое большое увеличение ЧСС – 127 ударов в минуту, а у нормостеников и астеников ЧСС, соответственно, составило 115 и 111 ударов в минуту. Прирост пульса у них, соответственно, составил: у гиперстеников – 69%, нормостеников – 74% и астеников – 71%. Через 1 минуту после физической нагрузки зафиксированы следующие параметры ЧСС: у астеников – 95 ударов в минуту, нормостеников – 89 ударов в минуту и гиперстеников – 84 удара в минуту. Через 2 минуты после физической нагрузки ЧСС снизилось: у гиперстеников – 75 ударов в минуту, нормостеников – 78 ударов в минуту и астеников – 73 удара в минуту, и ещё через 3 минуты ЧСС у всех трёх типов конституции достигла исходной величины.

Выводы. Таким образом, при исследовании соматотипов у девушек гродненской гимназии №3 доминировал нормостенический тип конституции. Самое большее увеличение ЧСС наблюдалось у астеников, однако показатель прироста пульса у всех трёх типов конституции оказался практически одинаковым – 69-74%, что указывает на удовлетворительную физическую работоспособность у всех 3 соматотипов. Однако, если исходить из дополнительных критериев функциональных возможностей организма, то наибольшая физическая работоспособность присуща гиперстеническому типу конституции, так как у его представителей ЧСС после физической нагрузки достигла исходного значения в течение первых 2-х минут.

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОГО ИНДЕКСА И ОБЪЁМНОЙ СКОРОСТИ ИЗГНАНИЯ У ДЕВУШЕК-ШКОЛЬНИЦ РАЗНЫХ ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ

Емельянчик И.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Научный руководитель – к.м.н., доц. Глебов А.Н.

В настоящее время в нашей стране большое внимание уделяется необходимости более полного использования возможностей профилактической медицины, в частности, выявлению и идентификации донозологических и преморбидных состояний.

В связи с этим, цель исследования – провести сравнительный анализ сердечного индекса и объёмной скорости изгнания и типов гемодинамики у девушек-школьниц.

Работа выполнена при помощи реографического и антропометрического методов обследования 89 девушек-добровольцев, в возрасте 14–16 лет, которые являлись учащимися гимназии №3 г. Гродно. Тип гемодинамики определяли на кафедре нормальной физиологии Гродненского медуниверситета реографическим методом при помощи автоматизированной системы «Ирина». Для этого в компьютер вводили необходимые данные обследуемого пациента (фамилию с инициалами, пол, возраст, величину артериального давления, рост и вес). Затем, произведя калибровку прибора, мы получали на экране прибора одновременный ввод двух реографических и одного электрокардиографического сигналов. Далее прибор производил автоматизированный расчет основных показателей реографической кривой (сердечного индекса, объёмной скорости изгнания, удельного периферического сопротивления и других показателей), на основании которых производил автоматическое определение типов гемодинамики. При этом выделялись три основных типа: эукинетический, гиперкинетический и гипокинетический. Статистическая обработка и анализ полученных результатов осуществлялись на кафедре военной эпидемиологии и военной гигиены Белорусского государственного медицинского университета.

В результате проведённого исследования было установлено, что преобладающими типами кровообращения у школьников женского пола Гродненской гимназии №3 был эукинетический, у которого сердечный индекс несколько выше нормы и составил $3,14 \pm 0,18$ л/мин·м² (в норме сердечный индекс $2,48-3,12$ л/мин·м²), а объёмная скорость изгнания соответствовала норме и была $280,37 \pm 10,08$ мл/с (в норме объёмная скорость изгнания 220-400 мл/с). На втором месте по встречаемости гиперкинетический тип, у которого сердечный индекс значительно выше нормы и составил $4,73 \pm 0,14$ л/мин·м², а объёмная скорость изгнания была ближе к верхней границе нормы и составила $399,28 \pm 11,19$ мл/с.

Самым малочисленным и редко встречающимся оказался гипокинетический тип, у которого сердечный индекс был ниже нормы и составил $2,38 \pm 0,12$ л/мин·м², а объёмная скорость изгнания была ближе к нижней границе нормы и составила $228,15 \pm 13,05$ мл/с.

Таким образом преобладающими типами гемодинамики среди учащихся женского пола гимназии №3 г.Гродно является эукинетический и гиперкинетический, причём в обоих случаях сердечный индекс был выше нормы, а при анализе показателей объёмной скорости изгнания у всех трёх типов гемодинамики не выявлено какого-либо несоответствия норме, хотя прослеживается явная тенденция смещения данного показателя к верхней или нижней границе нормы у гиперкинетического и гипокинетического типов, соответственно.

ТИПЫ ГЕМОДИНАМИКИ У УЧАЩИХСЯ-ДЕВУШЕК

Емельянчик И.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Научный руководитель – к.м.н., доц. Глебов А.Н.

В настоящее время отмечается рост патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, поэтому профилактика заболеваемости, особенно среди людей молодого возраста, является актуальной задачей.

В связи с этим целью нашего исследования является изучение характера распределения типов гемодинамики и сравнительный анализ компонентов, их определяющих (ударного индекса, удельного периферического сопротивления), у учащихся-девушек гимназии №3 г. Гродно.

Работа выполнена при помощи реографического метода обследования 93 девушек-добровольцев, в возрасте 14-16 лет, которые являлись учащимися гимназии №3 г. Гродно. Тип гемодинамики определяли на кафедре нормальной физиологии Гродненского медуниверситета реографическим методом при помощи автоматизированной системы «Ирина», которая осуществляла автоматическое определение типов гемодинамики. При этом выделяли три основных типа: эукинетический, гиперкинетический и гипокинетический. Каждый из них, в свою очередь, подразделяется на ряд подтипов: на резко выраженный, выраженный, умеренно выраженный. Статистическая обработка и анализ полученных результатов осуществлялись на кафедре военной эпидемиологии и военной гигиены Белорусского государственного медицинского университета.

В результате проведенного исследования установлено, что наиболее встречающимся типом кровообращения у учащихся женского пола гимназии №3 г. Гродно был эукинетический, который составил 52% от общего количества обследованных. У данного типа ударный индекс был $45,18 \pm 2,53$ мл/м², а удельное периферическое сопротивление – $2348,12 \pm 31,78$ дин·с·см-0,5·м². Эти показатели соответствуют норме (в норме ударный индекс 33,6 – 55,8 мл/м², а удельное периферическое сопротивление 2000–3200 дин·с·см-0,5·м²). Вторым по частоте встречаемости был гиперкинетический тип. Он составил 35% от общего числа обследованных. У данного типа ударный индекс был $64,29 \pm 3,18$ мл/м², что гораздо выше нормы ($p < 0,00001$), а удельное периферическое сопротивление $1496,11 \pm 24,18$ дин·с·см-0,5·м², что намного ниже нормы ($p < 0,00001$). Самым малочисленным и редко встречающимся оказался гипокинетический тип, у которого ударный индекс был $31,09 \pm 2,4$ мл/м², что ниже нормы ($p < 0,001$), а удельное периферическое сопротивление $3765,16 \pm 28,29$ дин·с·см-0,5·м², что значительно выше нормы ($p < 0,00001$). При более детальном исследовании гиперкинетического типа было установлено преобладание резко выраженной формы (резко выраженный гиперкинетический подтип 39%, выраженный гиперкинетический подтип 19%, гиперкинетический подтип 20% и умеренно выраженный гиперкинетический подтип 22%). При этом для эукинетического типа характерным было наличие незначительного количества случаев пограничных состояний (чисто эукинетический подтип 79%, эукинетический подтип с тенденцией к гиперкинезии 14% и эукинетический подтип с тенденцией к гипокинезии 7%). А при исследовании гипокинетического типа какой-либо закономерности установлено

не было (резко выраженный гипокинетический подтип 20%, выраженный гипокинетический подтип 50% и умеренно выраженный гипокинетический подтип – 30%).

Таким образом, у учащихся женского пола гимназии №3 г. Гродно в возрасте 14–16 лет гиперкинетический тип был не только одним из доминирующих, но и в большинстве случаев представлен крайне резко выраженной формой, что подтверждалось значительными отличиями у них соответствующих показателей ударного индекса и удельного периферического сопротивления от нормы.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Епифанов М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Дубровщик О.И.

Актуальность. Варикозной болезнью сосудов нижних конечностей в Республике Беларусь страдают 2,5–3 млн человек, т.е. 25–30% населения (И.Н.Гришин и соавт., 2005), при этом у 10–15 % больных варикозная болезнь сопровождается хронической венозной недостаточностью (ХВН) и примерно 40 000 человек страдают трофическими язвами венозного генеза. Большая распространенность данной патологии, неудовлетворенность хирургов результатами лечения оставляют эту проблему в числе приоритетных и актуальных.

Цель исследования. Проанализировать и обобщить результаты лечения больных с ХВН, обусловленной посттромботической и варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Задачи. Оценка эффективности результатов лечения больных с ХВН при применении алгоритма, независимо от причины развития патологии, включающего эластическую компрессию, хирургическое лечение по показаниям, системную и местную фармакотерапию.

Методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 863 больных с ХВН нижних конечностей, обусловленной варикозной болезнью и посттромбофлебитическим синдромом, госпитализированных в клинику общей хирургии с 2003 по 2010 гг. Женщин было 582 (67,4 %), мужчин 281 (32,6 %), в возрасте от 32 до 89 лет. С неосложненной формой ХВН госпитализировано 246 (28,5 %) больных, с наличием трофических язв – 617 (71,5 %). У 145 (16,8 %) больных причиной язвообразования была варикозная болезнь нижних конечностей в стадии декомпенсации, у 472 (54,7%) – посттромбофлебитический синдром. Повторно госпитализированы в связи с рецидивом язвообразования два и более раз 270 (31,3 %) пациентов. Длительность заболевания ХВН с язвообразованием к моменту поступления в стационар составляла от 6 месяцев до 17 лет.

Результаты. Анализируя полученные данные, следует отметить, что 71,7 % больных с венозной патологией нижних конечностей, госпитализированных в клинику за последние 8 лет, были с декомпенсированными формами, при этом 68,9 % из них были женщины и 31,1 % – мужчины. Комплексная система обследования и лечения больных с данной патологией включала: определение динамики развития болезни, оценку анамнестических данных и клинической картины, физикальное обследование, УЗИ и доплерографию артерий и вен нижних конечностей. При лечении язв венозного генеза обязательно добивались снижения флебогипертензии, ликвидации венозного стаза и улучшения микроциркуляции. Местно – туалет поверхности язв, применение мази на гидрофильной основе с целью их очищения от некротических тканей с последующим применением на гранулирующие язвы мазевых повязок, ускоряющих процессы пролиферации и эпителизации. Фармакотерапия включала противовоспалительные антигистаминные, антиагрегантные препараты и венотоники. Всем больным проводилось физиолечение: гипербарическая оксигенация, УФО и лазерная фотомодификация крови. Для реабилитации использовали дозированную

компрессионную терапию, подбор компрессионного трикотажа, наложение цинкжелатиновых повязок Унна.

Выводы. Применение комплексной консервативной терапии при лечении декомпенсированных форм ХВН нижних конечностей позволяет значительно улучшить трофику мягких тканей нижних конечностей, добиться эпителизации трофических язв, снизить длительность лечения с 15,1 до 11,4 койко-дней.

Литература:

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н.Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 253 с.

АМПУТАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Еременко М.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Дубровщик О.И.

Актуальность. Известно, что причиной ампутации нижних конечностей у 50–70 % случаев при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК) являются критическая ишемия и некрозы мягких тканей стоп, инфицирование очагов некроза и гангрены конечностей. Проблема остается актуальной, так как ежегодный рост числа больных с гнойно-некротическими поражениями стоп достигает 12%, а количество высоких ампутаций более 50–60% и не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных путем обеспечения госпитализации их в стационары на более ранних сроках развития гангрены конечностей, что позволит снизить летальность и частоту высоких ампутаций, выполняемых сразу после госпитализации.

Задачи исследования состоят в анализе и обсуждении полученных результатов выполненных ампутаций нижних конечностей по экстренным показаниям. Считаем, что накопленный опыт лечения таких пациентов позволит нам определить подходы к хирургической тактике при жизненных и абсолютных показаниях к ампутации.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов ХАННК, госпитализированных в клинику общей хирургии в период с 2005 по 2010 гг. За анализируемый период на лечении находились 2907 больных с ХАННК, из них 1844 (63,4%) с тромбооблитерирующими заболеваниями сосудов (ТОЗ) нижних конечностей и 1063 (36,6%) с сахарным диабетом (СД).

Результаты. Всего за анализируемый период ампутации нижних конечностей на уровне голени и бедра выполнены у 221 больного (7,6 %). Из них ампутации выполнены по экстренным показаниям у 66 (29,9 %) больных. Средний возраст пациентов, подвергнутых ампутации конечностей, составил $73 \pm 1,4$ года. Мужчин было 47 (71,2 %), женщин 19 (28,8 %). Ранее, во время госпитализации, оперативные вмешательства у этих пациентов выполнялись только у 8 (12,1 %), в объеме – вскрытие флегмон и абсцессов стоп, экзартикуляции и ампутации пальцев стоп.

Все больные были доставлены из дома машиной скорой помощи в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Госпитализированы сразу в реанимационное отделение 32 (48,5 %) больных и 34 (51,5 %) в гнойное хирургическое отделение. Проводилась предоперационная подготовка в течение 5–6 часов от момента поступления и выполнялась ампутация. В экстренных случаях, когда ампутация выполнялась по жизненным показаниям, проводились простые гильотинные технические приемы ампутации. Умерли 23 больных, летальность составила 34,8 %.

Выводы. Считаем, что главная причина неблагоприятных исходов лечения больных с ХАННК, осложненных гангреной конечности – это позднее обращение к врачу, поздняя госпитализация с уже необратимыми гнойно-некротическими пора-

жениями нижних конечностей в виде гангрены и/или флегмоны стопы. На наш взгляд, улучшение результатов лечения возможно только при решении неотложных задач создания и организации комплексной программы амбулаторного лечения больных с ХАННК, как основного звена лечебного процесса и создания специализированного отделения в стационарах.

ВЛИЯНИЕ ХОЛЕСТАЗА НА ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Жагун Э.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Троян Э.И.

Церебральные инсульты представляют собой наиболее частые заболевания головного мозга в зрелом и пожилом возрасте. Проблема формирования более полных представлений о патогенезе цереброваскулярной ишемии по-прежнему остается актуальной [1]. Отрицательное действие на мозговой кровоток оказывает не только первично возникшая ишемия в результате стенозирования или спазма мозговых сосудов, но и гипоксия мозга, вызванная другими причинами. Повышенная вязкость крови, нарушения микроциркуляции, гиперлипидемии, повышенный атерогенез, гипертензия и другие механизмы способствуют нарушению мозгового кровотока.

Цель исследования. Изучение характера ишемических повреждений головного мозга в условиях моделирования холестаза в эксперименте.

Методы исследования. Объектом исследования явились 14 беспородных белых крыс-самок массой 180–200 г. В процессе работы была создана экспериментальная модель ишемического повреждения головного мозга в сочетании с холестазом. Исследовались контрольная и опытная группа животных по 7 крыс в каждой группе. Опытным животным путем перевязки общего желчного протока в проксимальной его части (месте его вхождения в брыжейку 12-перстной кишки) общепринятым методом был моделирован холестаз [2]. Через 3 дня после оперативного вмешательства у животных моделировали субтотальную ишемию головного мозга (ИГМ + холестаз) путем двухсторонней окклюзии обеих сонных артерий. Все оперативные манипуляции проводились в условиях внутривенного тиопенталового наркоза (40 мг/кг). Контрольную группу (К) составили животные с холестазом без ишемии головного мозга. У экспериментальных животных оценивали степень ишемического повреждения головного мозга. Степень ишемического повреждения у экспериментальных животных оценивали по количеству животных, погибших на 2-е сутки после ишемического воздействия, и степени гидратации мозга гравиметрическим способом.

Результаты. В ходе эксперимента установлено, что на 5-е сутки после оперативного вмешательства в контрольной группе погибло 29% животных, в опытной группе на 2-е сутки после перевязки обеих общих сонных артерий на фоне холестаза погибло 58% животных.

Через 3-е суток после перевязки сонных артерий (ИГМ) животные каждой экспериментальной группы подверглись эвтаназии с помощью паров эфира и последующей декапитацией. После декапитации животных производилось выделение и взвешивание головного мозга. Степень гидратации головного мозга в опытной группе крыс с ишемией головного мозга в условиях холестаза выше ($83,7 \pm 2,12\%$), чем в контроле ($74,8 \pm 1,25\%$, $p < 0,05$), что указывает на развившийся отек головного мозга.

Заключение. Таким образом, установлено, что холестаз, моделируемый перед основным ишемическим воздействием, существенно влияет на выживаемость животных. Обнаружено также, что в условиях холестаза ишемические повреждения головного мозга выражены гораздо сильнее, о чем свидетельствует более высокая степень гидратации головного мозга в опытной группе животных.

Литература:

1. Котова, С.Г. Повторные ишемические инсульты: основные причины возникновения и пути профилактики / С.Г. Котова // Медицинские новости. – 2003. – № 11. – С. 3-8.

2. Кизюкевич, Л.С. К вопросу о моделировании экспериментального холестаза /Л.С. Кизюкевич, А.А. Туревский, Е.А. Шелесная // Тезисы докладов «Актуальные вопросы гепатологии», Гродно: Беларусь. – 2000. – С. 146.

ЭФФЕКТ САУНЫ НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ

Жадыко Д.Д., Околокулак К.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.

Финская баня (сауна), как лечебная и профилактическая процедура, широко используется в практике. Специфические микроклиматические условия сауны обуславливают развитие дегидратации, изменение объема циркулирующей крови [Scoon G.S. et. al, 2007], повышение производительности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, увеличение порога анаэробного обмена [Miyamoto H. et al., 2005], улучшение деятельности нервно-мышечного аппарата и центральной нервной системы [Аикин В.А., Клепальченко А.М., 2008]. Однако состояние прооксидантно-антиоксидантного равновесия при использовании суховоздушной бани остается недостаточно изученным. В связи с этим цель нашей работы – оценка эффекта сауны на процессы свободнорадикального окисления липидов и антиоксидантную систему крови у юношей.

Объектом исследования явились юноши ($n=13$) 18–22 лет, относящиеся по состоянию здоровья к основной медицинской группе. Выполненные манипуляции осуществляли с письменного согласия испытуемых и с разрешения комитета по биомедицинской этике Гродненского государственного медицинского университета.

Исследование проводилось в сауне (влажность 10–15%, температура 85–90°C). Первая экспозиция в сауне составила 5 минут, вторая – 10 минут, интервал между экспозициями – 5 минут. До и после сауны, в состоянии покоя, из локтевой вены на фоне восстановленного оттока забирали кровь в охлажденный и промытый гепарином шприц в количестве 8 мл. Измерение температуры проводили в подмышечной зоне слева электротермометром МТ 1831 фирмы «Microlife». Содержание диеновых конъюгатов измеряли по интенсивности ультрафиолетового поглощения при длине волны 233 нм. Уровень малонового диальдегида оценивали спектрофотометрически по насыщенности окраски триметинового комплекса розового цвета при длине волны 540 нм. Уровень оснований Шиффа определяли по интенсивности флуоресценции хлороформного экстракта при длине волны возбуждения 344 нм и эмиссии 440 нм. Содержание α -токоферола измеряли при длине волны возбуждения 295 нм и эмиссии 326 нм. Активность каталазы оценивали спектрофотометрически по способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойко окрашенный комплекс при длине волны 410 нм.

После сауны установлено увеличение уровня диеновых конъюгатов в плазме на 33,3% ($p<0,016$), в эритроцитах – на 26,3%, ($p<0,002$), малонового диальдегида в плазме на 48,4% ($p<0,028$), в эритроцитах – на 30,5% ($p<0,002$), оснований Шиффа в плазме – на 38,7% ($p<0,039$), в эритроцитах – на 55,1% ($p<0,001$). Одновременно с повышением активности свободнорадикальных процессов наблюдается снижение уровня β -токоферола в плазме на 7,8% ($p<0,004$) и активности каталазы в эритроцитах на 14,9% ($p<0,002$).

Полученные результаты свидетельствуют, что при перегревании в суховоздушной бане, вследствие неэффективности теплоотдачи, активируются окислительные процессы [Солонин Ю.Г., Кацюба Е.А., 2003]. Развитие гипервентиляции легких при повышении температуры тела в сауне [Pilch W. et al., 2010] приводит к повыше-

нию уровня молекулярного O₂ в крови, определяющего образование свободных радикалов, в связи с чем значительно возрастает нагрузка на антиоксидантную систему. В создавшихся условиях антиоксидантные механизмы не в состоянии нормализовать клеточный уровень активных форм кислорода, в связи с чем в тканях накапливаются продукты свободнорадикальных процессов, характеризующие увеличение доли оксигеназного пути использования O₂.

Таким образом, процедура сауны обуславливает развитие окислительного стресса (усиление свободнорадикальных процессов, снижение антиоксидантной защиты).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯИЧНИКОВ

Жандарова А.К., Шаблина О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Егорова Т.Ю.

Актуальность. Рак яичников является одной из самых сложных проблем в онкогинекологии. Основные причины низкой выживаемости больных злокачественными опухолями яичников кроются в бессимптомном течении заболевания на ранних его стадиях, отсутствии полноценных диагностических методик, особенностях этиопатогенеза опухолей и низкой эффективности терапии на поздних стадиях заболевания [1]. Целью нашего исследования явилось оценить эффективность лечения больных злокачественными новообразованиями яичников.

Материалы и методы исследования. Мы провели ретроспективное исследование за 3 года (январь 2008 г. – ноябрь 2010 г.) эффективности лечения 171 больной раком яичников, наблюдавшихся в УЗ «Гродненская областная клиническая больница». Больные, включенные в исследование, были разделены на 4 группы: I – пациентки, у которых диагностирована I стадия рака яичников (n=32; 18,72%); II – больные, у которых диагностирована II стадия рака яичников (n=30; 17,54%); III – пациентки, у которых диагностирована III стадия рака яичников (n=99; 57,89%); IV – больные, у которых диагностирована IV стадия рака яичников (n=10; 5,85%). Эффективность лечения оценивали по выживаемости в течение 1 года и более.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток в I группе составил $55,1 \pm 2,02$ лет, во II группе – $58,48 \pm 3,07$ лет, в III группе – $59,8 \pm 2,04$, в IV группе – $57,6 \pm 3,91$ лет.

Эпителиальные опухоли яичников установлены у 128 пациенток. В большинстве случаев данная патология диагностирована у III группы больных раком яичников (75; 58,6%). Среди неэпителиальных новообразований яичников, установленных в 43 случаях, опухоли стромы полового тяжа выявлены у 26 (60,46%) больных, неклассифицируемые – у 17 (39,54%) пациенток. Неэпителиальные новообразования яичников в большинстве случаев выявлены в III группе пациенток (24; 55,8%). Преобладающим гистологическим вариантом была неклассифицируемая опухоль (13; 54,2%), вторая по частоте – гранулезоклеточная опухоль (9; 37,5%).

162 больным раком яичников на первом этапе проведено хирургическое лечение. Стандартные операции (экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника) выполнены в 119 (73,5%) наблюдениях. Наблюдаемая 1-летняя выживаемость составила 95,8%. Органосохраняющие вмешательства (односторонняя аднексэктомия) произведены в 10 (6,2%) наблюдениях. Наблюдаемая 1-летняя выживаемость составила 100%. Наблюдаемая 1-летняя выживаемость больных, которым проведена экстирпация матки с придатками без резекции большого сальника, составила 92,8%. У 16 (50%) пациенток в I группе, 25 (83,34%) пациенток во II группе, 82 (82,8%) пациенток в III группе и 7 (70%) пациенток в IV группе хирургическое лечение дополнено курсами полихимиотерапии.

Выводы. Как эпителиальные опухоли яичников, так и неэпителиальные новообразования диагностируются преимущественно на III стадии заболевания (58,6% и 55,8%, соответственно). На первом этапе хирургического лечения наиболее часто проводились стандартные операции (73,5%). Установлено, что органосохраняющее лечение больных раком яичников не приводит к ухудшению показателей выживаемости (100% выживаемость). При раке яичников выживаемость в группе больных, которым выполнена оментэктомия, превышает таковую среди пациенток с неудаленным большим сальником (95,8% против 92,8%).

Литература:

1. Жордания, К.И. Некоторые аспекты хирургического лечения рака яичников / Жордания К.И. // Практическая онкология. – 2000. – №4. – С. 19-22.

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛЬЮ

Жандарова А.К., Черняк А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доц. Сурмач М. Ю.

Актуальность. Хроническая тазовая боль (ХТБ) является наиболее частым для диагностики синдромом у женщин фертильного возраста. Причины боли могут быть связаны с рискованным сексуальным поведением. Тазовая боль отрицательно влияет на качество жизни женщин. Она может быть симптомом ряда заболеваний, негативно отражающихся на течении беременности и здоровье новорожденного; прерывание беременности, в свою очередь, может способствовать возникновению ХТБ [1; 2].

Цель исследования. Выявить особенности сексуального поведения и акушерского анамнеза у женщин фертильного возраста с синдромом хронической тазовой боли.

Материалы и методы. Объектом исследования явились женщины 18–35 лет, проживающие в Брестской и Гродненской областях (315 человек) и разделенные на контрольную (138 человек) и исследуемую (177 человек) группы по критерию наличия ХТБ. Проведен социологический опрос со случайным бесповторным отбором, на основании добровольного согласия женщин, использована оригинальная анкета.

Результаты исследования. Распространенность хронической тазовой боли составила 56,2 имеющих симптомы на 100 женщин, средняя интенсивность боли $5,4 \pm 0,12$ балла.

Средний возраст начала половой жизни в группе женщин с ХТБ составил $20,8 \pm 1,1$ лет. В контрольной группе случайные половые связи отмечены у 38,4% женщин, отрицали 57,6%, не ответили 3,95%. В исследуемой группе положительно ответили на вопрос о случайных связях 26,8% опрошенных, отрицательно 65,9%, затруднились ответить 7,2%. В группе женщин с ХТБ положительно ответили на вопрос о том, приносит ли интимная жизнь удовлетворение, 78%; 9,6% указали, что не получают оргазма (10 человек), испытывают боль и дискомфорт (5 человек), либо сочетание причин (2 человека). В контрольной группе положительно ответили на вопрос о том, приносит ли интимная жизнь удовлетворение, 73,2%; 5,1% указали, что не удовлетворены интимной жизнью, так как не получают оргазма.

В контрольной группе имели беременность 28,8%, в исследуемой 42,8% женщин. В группе с ХТБ первая беременность была запланированной у 31,4% опрошенных, желанной, но не запланированной, у 47%, несвоевременной у 13,7%, нежеланной у 7,8%. Исходом первой беременности явилось рождение ребенка в 80,4% случаев, выкидыш или мертворождение в 5,9%, РМЦ – в 3,9%, аборт в сроке беременности менее 12 недель – в 5,9%, аборт в сроке беременности 12-21 неделя в 1,9% случаев. Имели аборт в анамнезе 15,8%. В группе без ХТБ первая беременность была запланированной у 35,6% женщин, желанной, но незапланированной у 45,8%, не-

своевременной у 11,9%, нежеланной у 6,8%. Исходом первой беременности явилось рождение ребёнка в 74,6%, выкидыш или мертворождение в 6,8%, РМЦ в 3,4%, аборт в сроке беременности менее 12 недель в 7%, аборт в сроке беременности 12–21 неделя в 3,4% случаев, другой исход (внематочная беременность) – в 3,4%. Имели аборт в анамнезе 23,2%.

Выводы. Женщины с хронической тазовой болью чаще имели случайные половые связи (38,4% против 26,8%, $\chi^2=4,7$, $s=0,03$). Доля женщин, ответивших, что не испытывают удовлетворение интимной жизнью, в группе с ХТБ почти в 2 раза выше. Несмотря на отсутствие статистических различий по структуре исходов беременности и отношения к ней, среди женщин с ХТБ доля имевших беременность в анамнезе в 1,5 раза ниже, чем без ХТБ.

Литература:

1. Maltz. The Sexual Healing Journey / Maltz, Wendy. – New York: Quill, 2001. – 255 p.
2. Gidro-Frank. Pelvic pain and female identity / Gidro-Frank, T. Gordon, H. Taylor // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1960. – № 79. – P. 1184 – 1202.

АНАЛИЗ МЕХАНИЗМА ДВИЖЕНИЯ СЕГМЕНТА ПОЗВОНОЧНИКА НА ОСНОВЕ ПОЛНОЙ АМПЛИТУДЫ ДВИЖЕНИЯ ПОЗВОНКОВ

Жарнова О.А., Батыров Э.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – д.м.н., проф. Дмитриев А. Л.

Представлены экспериментальные данные движения позвонков шейного отдела в сагиттальной плоскости, на их основе предлагается метод исследования подвижности сегментов, обусловленный мышечно-связочным аппаратом.

В настоящий момент остеохондроз позвоночника с его неврологическими проявлениями становится весьма распространенным заболеванием. Рассмотрим строение одного элемента, называемого позвоночно-двигательным сегментом (ПДС). Его можно представить в виде двух позвонков, связанных продольными связками, между которыми заключен межпозвонковый диск. Движение сегмента обусловлено глубокими мышцами шеи, а ограничение этого движения осуществляют связки и межпозвонковый диск.

Проведена обработка экспериментальных результатов движения шейного отдела позвоночника в сагиттальной плоскости согласно методике [1]. Исследована полная амплитуда движения всех позвонков шейного отдела, проанализирована степень подвижности одного позвонка относительно другого. Для данных полной амплитуды движения вначале измеряются углы между касательной, проведенной к задней поверхности тела позвонка, и вертикалью, являющейся началом отсчета. Эти углы определяются при наклоне головы назад, вперед и в вертикальном положении. Сумма углов при наклоне назад и вперед позволяет получить полную амплитуду движения для каждого позвонка. Разность между полными амплитудами движения вышележащего позвонка относительно нижележащего позволяет получить подвижность конкретного сегмента. Анализируя подвижность сегмента, можно извлекать информацию о патологии в нем, обусловленной либо поражением диска, либо нарушениями в мышечно-связочном аппарате.

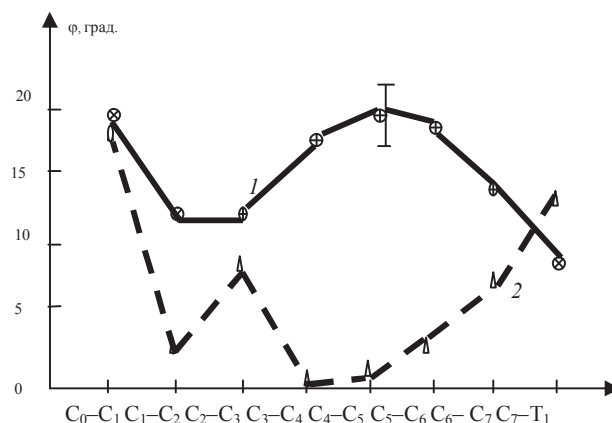


Рис.1. Подвижность сегментов шейного отдела позвоночника

Рассмотрим конкретный пример движения сегментов в норме, а также подвижности сегментов для пациента с болевыми ощущениями, представленными на рис. 1. Сплошная кривая – норма с доверительным интервалом, пунктир – данные пациента. Из этого рисунка следует, что поражения происходят в сегментах C1–C2 и C4–C5. Амплитуда движения позвонка определяется группами мышц, определяющими наклон вперед и назад.

Сопоставляя данные подвижности сегментов с данными амплитуды движения вперед-назад, можно сделать вывод, что нулевая подвижность сегмента обусловлена дистрофией мышц, отвечающих за движение как вперед, так и назад, поскольку для конкретного пациента нарушений в межпозвонковом диске не зарегистрировано.

Литература:

1. Жарнов, А.М. Кинематические и динамические характеристики плоского движения позвоночника / А.М. Жарнов, О.А. Жарнова // Вестник Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта Імя Янкі Купалы. – 2008. – №3 (46). – С. 100–106.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ МЫШЦ ПО ПОЛНОЙ АМПЛИТУДЕ ДВИЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Жарнова О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – д.м.н., проф. Дмитриев А. Л.

Проанализированы результаты движения позвонков в сагиттальной плоскости с целью выявления нарушения подвижности позвонково-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника.

Практически каждому человеку знакомы болевые ощущения в области позвоночного столба. Биомеханические нарушения при остеохондрозе проявляются большим или меньшим ограничением подвижности позвоночника, это связано с защитной реакцией на боли при поражении одного или нескольких пораженных сегментов. В настоящей работе представлен метод исследования амплитуды движения позвонков, предназначенный для выявления нарушения подвижности сегментов шейного отдела.

Обрабатывались снимки пациентов разных возрастных категорий, при этом измерялись углы при наклоне головы назад и вперед, что давало возможность исследовать полную амплитуду движения [1]. Для измерения углов проводилась касательная к задней части тела позвонка и вертикальной прямой, являющейся началом отсчета. Выбиралась задняя боковая поверхность тела позвонка, поскольку именно эта часть позвонка менее всего деформируется во время движения. Суммарный угол для каждого позвонка при максимальном сгибании и разгибании и будет являться амплитудой движения позвонка относительно вертикальной оси. Рассматривая каждый позвонок как отдельно взятый элемент, исследуется полная амплитуда движения, что позволяет сделать вывод о том, как смещается один позвонок относительно другого.

Проанализируем на примере одного из пациентов амплитуду движения назад с целью выявления нарушения подвижности сегмента (рис. 1). Сплошной линией показана норма при полной амплитуде движения с доверительным интервалом, пунктиром отмечена кривая конкретного пациента. Анализируя амплитуду движения у конкретного пациента, можно сделать вывод о том, что у позвонков C2, C3 и C4 амплитуда движения позвонков по абсолютной ве-

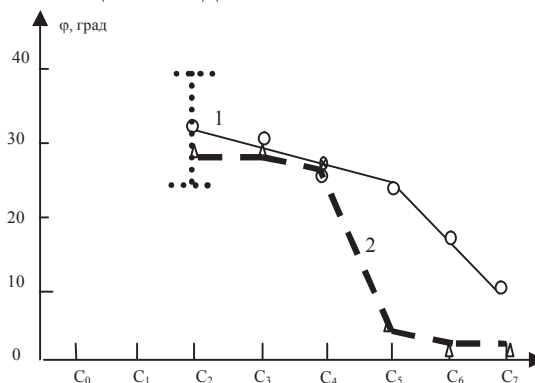


Рис.1. Амплитуда движения позвонков при наклоне головы назад

личине одна и та же, это дает возможность делать вывод о том, что данные позвонки движутся блоком. Поскольку движение сегментов определяется в совокупности с межпозвонковым диском, глубокими мышцами шеи, а также продольными связками, можно анализировать причины ограничения подвижности сегмента. В то же время за относительное движение позвонков друг относительно друга отвечают глубокие мышцы шеи. Анализ рисунка 1 позволяет сделать заключение о том, что подвижность позвонков C2-C4 и C6-C7 могут ограничивать только мышцы, отвечающие за наклон назад. Были проведены эксперименты по движению позвоночника вперед. Они показали, что этот метод также эффективен при определении группы пораженных мышц.

Литература:

1. Жарнов, А.М. Кинематические и динамические характеристики плоского движения позвоночника / А.М. Жарнов, О.А. Жарнова // Вестник Гродзенскага дзяржаўнага ўніверсітэта Імя Янкі Купалы. – 2008. – №3 (46). – С. 100–106.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Желдак А. Ч.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

2-я кафедра хирургических болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Рубахов О. И.

Выбор метода лечения больных с острыми пищеводно-кардиальными кровотечениями из варикозно расширенных вен остается сложным и нерешенным вопросом. Увеличение числа больных и количества тяжелых, опасных для жизни осложнений, неудовлетворительность результатами лечения как консервативного, так и оперативного, оставляют эту проблему в числе актуальных и диктуют необходимость поиска путей улучшения результатов лечения тяжёлого заболевания.

Цель. Изучить и сравнить результаты применения эндоскопической склеротерапии и лигирования для достижения гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии.

Материалы и методы. В исследование были включены 220 человек с синдромом портальной гипертензии. Всем больным выполнена эзофагогастродуоденоскопия. Продолжающееся кровотечение установлено у 164 (74,5%) пациентов, остановившееся – 56 (25,4%). У 111 (50,45%) пациентов в анамнезе эпизоды однократного кровотечения, у 37 (16,8%) – многократно, и у 72 (32,75%) кровотечение возникло впервые.

Результаты и обсуждение. Эндоскопическая инъекционная терапия была выполнена 146 больным с острым кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Общее количество сеансов эндоскопической склеротерапии составило 409. Каждому больному выполнялись в среднем 1–4 процедуры эндоскопического склерозирования. Эффективность метода при продолжающемся кровотечении – 82%. У 17 пациентов гемостаз был нестабильным, что потребовало дополнительной постановки зонда-обтуратора. Рецидив кровотечения наблюдался у 15 человек из группы наблюдения (10,3%). После операции гиперемическая реакция наблюдалась у 48 больных (32,9%), явление дисфагии – 37 (25,3%), загрудинные боли – 30 (20,9%), стеноз пищевода – 12 (8,2%), острая пневмония – 10 (7%), умерло – 38 пациентов (26%). Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода желудка было выполнено 74 пациентам. Общее количество процедур эндоскопического лигирования составило 112. Оно выполнялось как в экстренном порядке с целью остановки текущего кровотечения, так и в плановом. Эффективность метода – 96%. Повторное кровотечение возникло у 4 пациентов (5%), загрудинные боли – 15 человек (20%), гипертермическая реакция – 14 (19%), явление дисфагии – 7 (10%).

Выводы. Эффективность эндоскопического лигирования на 14% выше скле-

ротерапии. При лигировании отмечено снижение количества рецидивов кровотечения в среднем на 5%, развитие системных осложнений отсутствует, так как метод механический и не связан с введением химических веществ в сосудистое русло. При эндоскопическом лигировании на одного больного в среднем пришлось 1,5 процедуры, а при эндоскопическом склерозировании – 2,8 процедуры. Это говорит о том, что и с экономической стороны метод эндоскопического лигирования предпочтительнее.

Литература:

1. Рубахов, О. И. Синдром портальной гипертензии / О. И. Рубахов, Е. В. Баранов// Минск БГМУ, 2008.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Жибер О.В., Прохорова Л.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н. Милешко М.И.

Актуальность. Рост количества больных с заболеваниями внепеченочных желчных протоков и увеличение числа повторных операций при них делают проблему хирургического лечения заболеваний внепеченочных желчных протоков достаточно актуальной [1].

Цель. Проведение анализа методов лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом.

Методы исследования. В УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» за период с 2006 по 2010 годы по поводу ЖКБ произведено 1827 операций. Из них 322 больных с желчнокаменной болезнью, осложнившейся холедохолитиазом и явлениями печеночной недостаточности.

Среди общего числа больных женщин было 137 (42,5%), мужчин – 185 (57,5%). Возраст больных от 20 до 78 лет. При анализе возрастных данных обращает на себя внимание то, что лица молодого возраста (до 40 лет) страдают различными заболеваниями, сопровождающимися механической желтухой, относительно редко. Средний возраст – 60 лет.

Результаты. Из общего количества оперированных больных по поводу ЖКБ лапароскопическая холецистэктомия проведена у 1036 больных. При наличии в холедохе конкрементов открытая холецистэктомия сочеталась с наружным или внутренним дренированием холедоха.

Учитывая длительность существования желтухи, оперативное вмешательство производилось в два этапа. На первом этапе была выполнена декомпрессия и санация билиарного тракта путем наложения чрезкожной чрезпечёночной холецистостомы под ультразвуковым контролем у 176 (54,7%) больных, транспечёночная пункция желчного пузыря и его наружное дренирование хлорвиниловыми и силиконовыми микроирригаторами по Роуэру у 12 (3,7%), чрезкожная чрезпечёночная гепатохолангиостомия под ультразвуковым контролем у 28 (8,7%) человек. У 106 (32,9%) больных была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, у 34 из них с инструментальной литотракцией корзинкой Дормиа. Холестаз полностью купирован у 36 больных и второй этап оперативного лечения им не производился. 70 больным вторым этапом выполнены радикальные операции. Из них 43 больным лапароскопическая холецистэктомия, 27 пациентам лапаротомия холедохолитотомия.

Основным пособием, радикально устраняющим желчестаз при желчнокаменной болезни, является холедохолитотомия, выполненная у 177 больных. 127 больным наложены билиодигестивные анастомозы по следующим показаниям: множественные камни в холедохе (59), выраженная дилатация внепечёночных желчных ходов >2см в диаметре (54), стеноз терминального отдела холедоха в результате хронического панкреатита (11), рубцовые стриктуры холедоха (3).

Из общего числа оперированных умерли 16. Послеоперационная летальность 0,9%.

Вывод. Активная хирургическая тактика в ранние сроки от начала заболевания, применение дифференцированного реабилитационного лечения дают хорошие результаты. Своевременно проведенная операция при ЖКБ обрывает приступ болезни в самом начале и предупреждает развитие осложнений.

Литература:

1. Гарелик П.В., Жандаров К.Н., Мармыш Г.Г., Данилов М.В. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни – М.: Издательство БИНОМ. – 2010. – 472 с.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Живушко Д.Р., Боева В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Дубровщик О.И.

Актуальность. У больных, страдающих сахарным диабетом, критическая ишемия нижних конечностей развивается в 5 раз чаще, а риск ампутации конечности в 20–40 раз выше, чем у человека, не страдающего СД. Гнойная инфекция у больных СД протекает бурно, нередко приобретает септический характер. Тяжесть процесса обусловлена быстрым развитием гнойного поражения с захватом обширных зон окружающих тканей. Следовательно, особенности течения раневого процесса и развития раневой инфекции у больных СД диктуют необходимость разработки и применения современных подходов к лечению, с учетом патогенетических особенностей течения, включающих: острое течение в воспалительной фазе, склонность к генерализации инфекции, а в фазе регенерации – наличие множества некрозов и затяжное вялое течение, поэтому поиск и разработка возможных способов улучшения результатов лечения этой тяжелой патологии оставляют ее в качестве приоритетных и актуальных в гнойной хирургии.

Цель исследования. Оптимизировать результаты лечебных мероприятий у пациентов с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы (СДС).

Задачи исследования. Изучить и провести анализ течения гнойно-некротических процессов нижних конечностей у больных СДС в зависимости от метода лечения.

Методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 1572 больных с СДС, госпитализированных в клинику общей хирургии с 2003 по 2010 гг. Мужчин было 741 (47,1 %), женщин – 831 (52,9 %) в возрасте от 16 до 84 лет. Длительность заболевания более 10 лет установлена у 85,5 %, до 10 лет и впервые выявленный у 14,5 %. Ретроспективный анализ показал, что преобладали пациенты с гнойно-некротическими поражениями стопы, их было 913 (58,1 %), при этом с распространенной глубиной поражения было 706 (77,3 %) пациентов.

Результаты. Консервативные методы лечения применены у 659 (41,9 %) больных, оперативные и консервативные – у 913 (58,1%). В день госпитализации проводилось микробиологическое исследование из гнойно-некротических ран, рентгенография стоп, доплероскопия, реовазография и по показаниям консультация ангиохирурга. Консервативное лечение включало компенсацию СД, антибактериальную терапию, купирование критической ишемии нижних конечностей, физиолечение. Хирургическая тактика определялась распространенностью, глубиной гнойно-некротического процесса и формой СДС. Ампутации на уровне бедра выполнены у 84 (9,2 %) больных, на уровне суставов стопы у 251 (27,5 %). У 577 (36,7 %) больных были выполнены некрэктомии, вскрытие флегмон, абсцессов, затеков, у 7 (0,8 %) из них диагностирован сепсис. После оперативных вмешательств умерло 7, летальность 0,8 %

Выводы. Гнойно-некротические осложнения при СДС – это не два самостоятельно развивающихся процесса, а новая форма заболевания, со своеобразными изменениями, которые требуют от хирурга умения не только оперировать, но и правильно выбрать тактику, чтобы сохранить конечность и улучшить качество жизни пациентов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Жидко Ю.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – к.м.н. Хмельницкая Э. Г.

Онкологическое заболевание является серьезным стрессовым событием для личности, приводящей к серьезной социальной и психологической дезадаптации личности, депрессии, суицидальному поведению. Формирование адекватной адаптации к роли онкологического больного является важным фактором, позволяющим улучшить качество жизни этих пациентов, предупредить развитие психопатологической симптоматики, положительно повлиять на соблюдение рекомендаций врачей и, соответственно, на продолжительность их жизни.

Целью данного исследования явилось выявление протективных факторов, положительно влияющих на адаптацию онкологических больных, и факторы риска, приводящие к нарушению социальной и психологической адаптации.

Использовались следующие методы: разработанная анкета, Висбаденский опросник Н Пезешкяна, 16-факторный личностный опросник Кеттелла, Элементы психокоррекционного тренинга :а) упражнения на установление контакта, на восприятие и понимание эмоционального состояния собеседника; б) управление конфликтом. Объект исследования: женщины с онкологическим заболеванием, поступившие на стационарное лечение в областную больницу в 2010-2011 гг.

Для оценки были выделены следующие факторы: личностные черты пациентов, исследованные с помощью опросника Кеттелла; анамнестические данные (возраст, длительность заболевания, семейное положение); особенности контакта с лечащим врачом; первое сообщение об онкологическом заболевании и эмоциональная реакция на него; стадия принятия онкологического заболевания по Кюблер–Росс; эмоциональная реакция пациента на заболевание; отношение с семьей и социумом до и после выставления диагноза и лечения; изменения в сексуальных взаимоотношениях.

Психопротективными можно назвать следующие факторы: более молодой возраст больного ($p<0,05$), первое сообщение об онкологическом заболевании носило серьезный, но вместе с тем поддерживающий характер, отсутствие безнадежности и ощущения отчаяния после первого сообщения о диагнозе ($p<0,05$), доверие к лечащему врачу, медицине, традиционным методам лечения ($p<0,05$), такие личностные черты, как высокая сила Эго С+ ($p<0,05$), рациональность I- ($p<0,05$), прямолинейность N- ($p<0,01$), оппозиционизм Q1+ ($p<0,05$), доминантность E+ ($p<0,01$) (по критерию Манна-Уитни).

Факторами риска явились такие личностные черты, как низкая сила Эго С+ ($p<0,05$), педантичность F- ($p<0,05$), консервативность К - ($p<0,05$), тактичность N- ($p<0,05$). Учет психопротективных факторов, позволяющих улучшить адаптацию. является наиболее эффективным направлением в профилактике социальной и психологической адаптации.

Литература:

1. Пособие для студентов медико-психологического факультета / Хмельницкая Э.Г. Гродно, 2007.
2. Бука Т.Л. Митрофанова М.Л. Психологический тренинг/ Минск. – 2004.- 234 с.
3. Саймонт С., Саймонт К Психотерапия рака/ . – СПб: Питер, 2001.-288 с.

ХАРАКТЕР ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С УСПЕВАЕМОСТЬЮ И СТЕПЕНЬЮ ДЕПРЕССИИ

Жмайлик Р.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Балбатун О.А.

Вероятность успешной адаптации к условиям обучения в ВУЗе повышается при соблюдении следующих условий: а) регулярные физические нагрузки; б) правильный режим труда и отдыха; в) психологический комфорт во взаимоотношениях в коллективе и семье; г) следование принципам рационального питания [Исютина-Федоткова Т.С., 2008]. Целью данного исследования явилось изучение характера питания у студентов 2 курса медицинского ВУЗа и его взаимосвязи с успеваемостью и степенью депрессии.

В исследовании приняли участие 393 практически здоровых студента обоего пола (84 юноши и 309 девушек) 2 курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 24 лет. Проводилось анонимное анкетирование для выяснения характера питания (16 вопросов) и успеваемости (средний балл за две последние сессии). Для самооценки депрессии использовалась шкала В.В. Цунга в адаптации Т.И. Балашовой [Zung W.W., 1965; Балашова Т.И., 1988]. Производили статистическую обработку результатов с использованием пакета STATISTICA.

Поскольку большинство параметров не имели нормального распределения – использовали непараметрические методы статистики. Выполняли корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Выявлен нерегулярный характер питания студентов. На вопрос о частоте приема пищи 39,9% выбрали ответ: «Когда получается, тогда и ем» и только 21,1% ответили: «4 и более раз в сутки». Студенты иногда (60,3%) и часто (21,4%) перекусывают «на ходу». Значительно добавление в пищу соли: 61,3% ответов: «Пробую пищу и, если кажется, что соли мало, солю», лишь 4,6% предпочитают никогда не солить пищу. Преобладающее большинство опрошенных (54,9%) употребляют более 20 г сахара в сутки, а 45,1% до 5 г в сутки. 1–2 и более раз в сутки употребляют сладости (кроме сахара) 66,7% студентов. Весьма незначительно предпочтение меда, только 6,6% мед используют ежедневно, а 45,8% практически мед не употребляют. Ежедневное потребление каш – 15,1%, молочных продуктов – 27,7%, фруктов, овощей – 13,9% опрошенных. 30,1% стараются ограничивать или исключать продукты, богатые холестерином. Только 15,8% ежедневно используют продукты, богатые растительным белком (бобовые, соя). 36,9% студентов указывают пищевые продукты, которые исключают из рациона из-за пищевой аллергии, непереносимости и др.

Наблюдаются значительные половые различия в характере питания студентов. Юноши больше употребляют животного и растительного белка и жира. Девушки – больше сахара, сладостей и чаще ограничивают использование продуктов, богатых холестерином.

При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная взаимосвязь между успеваемостью и частотой приема в пищу растительного белка (коэффициент корреляции Спирмена $R=0,1164$, $p=0,0209$), успеваемостью и регулярностью использования каш ($R=0,1080$, $p=0,0323$), успеваемостью и частотой употребления животного жира ($R=0,1162$, $p=0,0212$).

Обнаружены взаимосвязи между степенью депрессивности и характером питания. Большая депрессивность достоверно взаимосвязана, более частым употреблением углеводов ($R=0,1002$, $p=0,0470$) и приемом пищи «на ходу» ($R=0,1641$, $p=0,0011$), меньше частотой употребления животного жира ($R=-0,1758$, $p=0,0005$) и стремлением исключать продукты, богатые холестерином ($R=-0,1027$, $p=0,0419$).

ОПЫТ РАЗРАБОТКИ ГРАФИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ 4-КАМЕРНЫХ СРЕЗОВ СЕРДЦА ПЛОДА ДЛЯ АРМ ВРАЧА УЗИ «АССИСТЕНТ»

Зайцева Т.М.

Российский государственный университет им. Канта, Российская Федерация

Кафедра фундаментальной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. В.А. Изранов

Одним из обязательных компонентов оценки анатомии плода является детальное исследование 4-камерного среза сердца. Врожденные пороки сердца нередко связаны с изменением топографии сердца, его камер и крупных сосудов в грудной полости.

Исходя из этого, в задачу врача УЗД входит оценка положения сердца плода, его размеров, пропорций камер их взаиморасположение. Указанные задачи осложняются тем, что многообразие позиций плода во 2 и 3 триместрах существенно затрудняют идентификацию камер сердца на 4-камерном срезе. В связи с этим, целью настоящего исследования явилась разработка графических моделей, облегчающих визуальную ориентацию врача УЗИ в поперечных эхографических срезах туловища плода, и интеграция их в АРМ врача УЗИ «Ассистент».

АРМ врача УЗИ «Ассистент», разработанный на кафедре фундаментальной медицины РГУ им. И. Канта (Калининград) и Новосибирского государственного технического университета, представляет собой программу, позволяющую оптимизировать протоколирование, архивирование, оценку результатов УЗИ, апеллировать к нормативам фетометрических параметров, автоматизированно вычислять соответствие размеров плода и его частей. Моделирование осуществлялось по 8 основным положениям плода in utero: головное предлежание – 1-я позиция передний вид, 1-я позиция задний вид, 2-я позиция передний вид, 2-я позиция задний вид. В качестве маркеров правильного анатомического положения сердца плода использовались следующие критерии: передняя стенка правого желудочка прилежит к груди, нисходящая аорта располагается спереди и слева от позвоночника, створка овального отверстия открывается в левое предсердие. Использование указанных критериев позволило смоделировать 8 основных поперечных срезов, которые могут служить визуальным эталоном нормального положения сердца в поперечном эхографическом сечении туловища плода. Для использования графических моделей в качестве визуального справочного норматива материал интегрирован в справочную часть АРМ врача УЗИ.

СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Заневский А.Л., Тюрин Е.О., Беляков В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Пронько Т.П.

Актуальность. Повышение жесткости и снижение эластичности крупных артерий играет важную роль в патогенезе многих заболеваний сердечно-сосудистой системы [1, 3]. Эластичность аорты и скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) по артериям являются прогностическими маркерами риска нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Наиболее простым и адекватным показателем, характеризующим жесткость артериальных сосудов, является СРПВ [1].

Наиболее часто встречающимися из управляемых факторов риска атеросклероза являются курение и избыточная масса тела. В ряде работ описывается связь курения, избыточной массы тела с повышением СРПВ. Недостатком вышеперечисленных исследований является то, что в них обследовались разнородные по возрасту группы людей (от 20 до 60 лет). В то же время в литературе имеются данные, что после 40-50 лет даже у здоровых лиц происходит увеличение жесткости сосудов [2]. Очевидно и то, что у лиц старших возрастных групп нельзя полностью исключить

доклиническую стадию развития атеросклероза и других патологических процессов. В связи с этим исследование СРПВ в более однородной группе и, прежде всего, у молодых людей с различными факторами риска атеросклероза является актуальной.

Цель. Изучить влияние курения и избыточной массы тела на состояние СРПВ в более однородной по возрасту группе здоровых студентов.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 75 студентов нашего ВУЗа в возрасте от 19 до 23 лет. Первую группу составили здоровые лица без факторов риска атеросклероза (37 человек). Вторую группу составили курящие студенты (25 человек), стаж курения от 4 до 7 лет, количество выкуриваемых сигарет за сутки более 10 штук. В третью группу вошли 13 человек с избыточной массой тела, индекс массы тела составил от 25,1 до 34,4. Исследовали СРПВ по сосудам мышечного типа. Измерение СРПВ осуществлялось с помощью компьютеризированного устройства «Импекард-М» (Беларусь).

Результаты исследования. В результате проведенных исследований установлено, что СРПВ по артериям мышечного типа у здоровых лиц составила $5,41 \pm 0,73$ м/с. У курящих лиц данный показатель был на 29% выше ($p < 0,05$), по сравнению с первой группой. У лиц с избыточной массой тела СРПВ оказалась на 49% выше ($p < 0,05$), по сравнению с первой группой. При проведении корреляционного анализа выявлена умеренная положительная корреляция между СРПВ и курением ($r = 0,36$; $p < 0,05$), а также умеренная положительная корреляция между СРПВ и наличием избыточной массы тела ($r = 0,32$; $p < 0,05$).

Выводы. Курение и избыточная масса тела приводят к достоверному повышению СРПВ даже у здоровых молодых лиц, что является неблагоприятным маркером развития в будущем у них атеросклероза. Снижения заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний можно достигнуть благодаря усилению профилактического направления с разработкой программ на государственном уровне.

Литература:

1. Измерение жёсткости артерий и её клиническое значение / М.С. Кочкина, Д.А. Затейщиков, Б.А. Сидоренко // Кардиология. – 2005. – № 1. – С. 63-71.
2. Changes in arterial stiffness and wave reflection with advancing age in healthy men and women: the Framingham heart study / G.F. Mitchell, e.a. // Hypertension. – 2004. – Vol. 43. – P. 1239-1245.
3. Prognostic value of aortic pulse wave velocity as index of arterial stiffness in general population / T. Hansen // Circulation. – 2006. – Vol. 113. – P. 664–700.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ И ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ

Захаркевич В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Авдей Г.М.

Энцефалопатия – неспецифический синдром, отражающий диффузное нарушение функции головного мозга [5]. У больных с впервые диагностированным сахарным диабетом 2 типа (СД2), еще не получавших сахароснижающую терапию, но имеющих когнитивный дефицит, уже диагностируется энцефалопатия [1]. В патогенезе оказываются вовлеченными сосудистая дисфункция, приводящая к уменьшению кровоснабжения мозговой ткани, нарушение трофики и прямое токсическое влияние гипергликемии [6]. Влияние диабета на мозг более выражено у пожилых людей и приводит к ускорению обусловленного старением когнитивного снижения и развитию дисметаболической энцефалопатии (МЭ) [3]. СД является фактором риска атеросклероза и причиной развития инсультов, что опосредует возникновение дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) [1].

Цель работы. Определить и провести сравнительный анализ психоэмоционального состояния, когнитивных функций, качества жизни и внутренней картины болезни у пациентов с ДЭ и МЭ для дифференцированного подхода к их лечению.

Материал и методы исследования. Обследованы 44 пациента: 12 больных (6 женщин (Ж) и 6 мужчин (М)) с дисциркуляторной энцефалопатией и 32 (16 – Ж, 16 – М) – с дисметаболической энцефалопатией (МЭ) в возрасте от 45 до 65 лет, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом и неврологическом отделениях Гродненской областной клинической больницы. Анализ психоэмоционального состояния пациентов проводился с помощью опросников Спилберга-Ханина (ситуативная и личностная тревожность), Бека (депрессия), астенического состояния Малковой-Чертовой; когнитивных нарушений с помощью экспресс-методики исследования когнитивных функций. Для оценки качества жизни использовали русскую версию Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), внутренней картины болезни – Личностный опросник Бехтеревского института [2, 4].

Результаты исследования. Установлены астения слабой степени выраженности у женщин с ДЭ ($73,3 \pm 4,94$, $48,0 \pm 8,13$ – М, $p < 0,05$) и у пациентов с МЭ ($62,9 \pm 3,09$, $63,3 \pm 6,16$ – М, $62,6 \pm 2,90$ – Ж); умеренное состояние тревоги и высокая личностная тревожность у женщин с ДЭ (соответственно, $36,0 \pm 8,45$, $55,3 \pm 6,68$) и у больных с МЭ (соответственно, М – $32,5 \pm 2,96$, $48,8 \pm 2,49$, Ж – $33,8 \pm 4,14$, $53,8 \pm 3,43$); умеренная депрессия у лиц с ДЭ и МЭ (соответственно, $19,8 \pm 6,82$, $18,3 \pm 2,97$). Выявлены более низкая степень смысловой организации у пациентов с ДЭ ($1,2 \pm 0,28$, МЭ – $0,7 \pm 0,20$), нарушение зрительно-пространственной деятельности у пациентов с МЭ ($0,9 \pm 0,20$, $1,1 \pm 0,3$ – М, $0,8 \pm 0,36$ – Ж), изменения в избирательной актуализации из памяти слов, связанных общим смысловым признаком и знаний, упроченных в том числе и в прошлом опыте (соответственно: ДЭ – $0,7 \pm 0,50$, $0,8 \pm 0,28$, МЭ – $1,1 \pm 0,2$, $1,3 \pm 0,24$) и процессов вербального мышления как в операционном аспекте (ДЭ – $0,2 \pm 0,17$, МЭ – $0,6 \pm 0,28$), так и в дискурсивном (ДЭ – $1,5 \pm 0,21$, МЭ – $1,9 \pm 0,77$) и в динамическом (ДЭ – $0,2 \pm 0,17$, МЭ – $0,3 \pm 0,14$) аспектах. У больных с ДЭ установлена низкая физическая активность, преимущественно у женщин, резкое ограничение болевым синдромом активности пациентов женского пола, низкий уровень по шкалам общего здоровья, жизнеспособности и социального функционирования у женщин. Физический компонент здоровья у женщин был ниже, чем у мужчин, а психологический компонент здоровья достаточно высокий у всех больных с ДЭ. У пациентов с МЭ отмечены достаточная физическая активность, но низкий уровень ролевого физического функционирования у мужчин, меньшая сила болевых ощущений и их влияния на общую активность пациентов, низкие показатели по шкале общего здоровья, жизнеспособности, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья, преимущественно у женщин, достаточный – по шкале социального функционирования. Физический компонент здоровья женщин с МЭ был выше, чем у мужчин с МЭ, а психологический компонент здоровья женщин не достигал показателей мужчин с МЭ. У больных с ДЭ преобладал эргопатический тип, а у больных с МЭ – неврастенический и тревожный типы отношений к болезни.

Выявленные изменения психоэмоционального состояния, когнитивных функций, качества жизни и внутренней картины болезни у пациентов с ДЭ и МЭ необходимы для дифференцированного подхода к лечению этих больных.

Литература:

1. Азимова Ю.Э. Нарушения памяти как междисциплинарная проблема /Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева //Consilium-medicum, 2009. – N 2. – С. 25–30.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова – Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – 456 с.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет /И.И. Дедов, М.В. Шестакова – М.: Медицинское Информационное Агентство, 2005. – 123 с.
4. Исследование качества жизни в лечении и реабилитации неврологических больных /А.В. Мусаев [и др.] //Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, 2006. – N 1. – С. 13–19.

5. Стаховская Л.В. Место дисциркуляторной энцефалопатии в структуре цереброваскулярных заболеваний. Вопросы диагностики и лечения /Л.В. Стаховская, В.В. Гудкова // Consilium-medicum, 2009. – N 2. – С. 16–23.

6. Шишкова В.Н. Взаимосвязь развития метаболических и когнитивных нарушений у пациентов с сахарным диабетом, предиабетом и метаболическим синдромом /В.Н. Шишкова // Consilium-medicum, 2009. – N 1. – С. 20–25.

ПЛОТНОСТЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, КОЛИЧЕСТВО НЕЙРОНОВ И ОБЪЁМ ГИСТАМИНЕРГИЧЕСКИХ ЯДЕР ГИПОТАЛАМУСА КРЫСЫ

Захарко А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.б.н. Кузнецова В.Б.

Гистамин выполняет функции нейромедиатора в головном мозге, где он образуется и накапливается главным образом в гистаминергических нейронах. Тела этих нейронов находятся только в гипоталамусе, а отростки идут во все отделы мозга, в совокупности образуя гистаминергическую систему мозга [2, 3].

Цель настоящего исследования: оценить объём гистаминергических ядер гипоталамуса крысы, определить количество и плотность распределения нейронов в этих ядрах.

Исследования проведены на белых крысах – самцах Вистар в возрасте 4-6 месяцев, массой 190-210 г. Серийные криостатные срезы гипоталамуса крысы толщиной 20 мкм окрашивались на выявление активности моноаминоксидазы типа Б (МАО Б) [1], которая служила маркёром гистаминергических нейронов. Препараты изучались при помощи светового микроскопа Biolar (Германия). Идентификация структур головного мозга крысы осуществлялась по схемам стереотаксического атласа [4], идентификация ядер гистаминергической нейрональной системы – по соответствующим топографическим схемам [5]. Для определения объёма гистаминергические ядра рассматривали в виде суммы усечённых конусов, малое и большое основания которых были представлены площадями ядер гистаминергических нейронов на соседних срезах. При этом высоты этих усечённых конусов являлись расстоянием между срезами. Объём каждого гистаминергического ядра, рассчитывался исходя из суммы составляющих его объёмов усечённых конусов. Учитывая, что гистаминергические нейроны в гипоталамусе имеют зеркальное расположение относительно 3-го желудочка, то объёмы каждого из ядер соответственно удваивались.

Результаты проведённых нами исследований показали, что общий двухсторонний объём гистаминергических ядер мозга крысы равен 0,5 мм³. Ядро E2 составляет 40% общего объёма, E4 – 35%, E3 – 13%, E5 – 9%, E1 – 3%. Плотность расположения нейронов в гистаминергических ядрах убывает в последовательности E1>E3>E2 (компактные ядра) > E4 (промежуточное) > E5 (диффузное). Общее количество нейронов в гистаминергических ядрах составляет 37162±2760. Ядро E2 содержит 54% от этого числа, E3 – 23%, E4 – 16%, E1 – 7%, E5 – 0,32%.

Литература:

1. Зиматкин, С.М. Гистохимический метод исследования активности моноаминоксидазы А и В в мозге / С.М. Зиматкин, В.Ф. Цыдик // Морфология. – 1994. – № 4. – С. 157-161.

2. Brown, R. E. The physiology of brain histamine / R.E. Brown, D.R. Stevens, H.L. Haas // Prog. Neurobiol. – 2001. – Vol. 63, № 6. – P. 637-672.

3. Neuropharmacology of the histaminergic neuron system in the brain and its relationship with behavioral disorders / K. Onodera // Progress in Neurobiology. – 1994. – Vol. 42. – P. 685-702.

4. Paxinos, G. The Rat Brain in Stereotaxic Coordinates / G. Paxinos, C. Watson. – 2nd ed. – New York: Academic Press, 1986.

5. The five subgroups of the tuberomammillary nucleus of the rat: an analysis of the histaminergic efferent projections to the medial preoptic area and inferior colliculus / N. Inagaki [et al.] // Exp. Brain Res. – 1990. – Vol. 80. – P. 374-380.

МОДУЛЯЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ

Захарко А.И., Маркевич Е.Е., Олехнович П.З.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга

Научный руководитель – к.б.н., доц. Горецкая М.В.

Нейтрофилы быстро отвечают на различные раздражители и активируются под влиянием фагоцитированных частиц или клеток, агрегированных иммуноглобулинов, иммунных комплексов, компонентов комплемента, хемокина ИЛ-8, лектинов и других митогенов [2]. Экстракт куколок дубового шелкопряда является эффективным источником многих биологически активных веществ, способных модулировать активность иммунокомпетентных клеток [1, 3].

Цель работы. Изучение влияния экстракта куколок дубового шелкопряда на функциональную активность нейтрофилов.

Материалы и методы исследования. В круглодонных пластиковых планшетах инкубировали в течение часа в равных объемах цельную кровь, экстракт куколок (ЭК) и взвесь стафилококка (однодневная культура *Staphylococcus aureus* P-209). ЭК добавляли в разведениях: 1:10, 1:100, 1:1000, 1:10000. В контрольные пробы вместо экстракта вносили физиологический раствор. После инкубации готовили мазки крови. Окрашивали по Романовскому-Гимзе. Производили подсчет числа нейтрофилов, захвативших в процессе фагоцитоза три и более стафилококков (фагоцитарное число – ФЧ в процентах), и количество поглощенных стафилококков каждым нейтрофилом (фагоцитарный индекс – ФИ).

Результаты. Основной функций нейтрофилов является фагоцитоз чужеродных объектов. Экстракт куколок в разведении 1:10 после часовой инкубации вызвал достоверное увеличение активно фагоцитирующих нейтрофилов ($88,3 \pm 1,76\%$ против $76,00 \pm 2,0\%$) и повышение их поглотительной способности ($14,7 \pm 0,66$ против $10,05 \pm 0,15$). ЭК в разведении 1:100 соответственно способствовал возрастанию числа профагоцитировавших нейтрофилов ($90,9 \pm 1,23$ против $76,00 \pm 2,0\%$) и поглотительной способности ($13,5 \pm 0,75$ против $10,05 \pm 0,15$). При исследовании доз экстракта 1:1000 и 1:10000 не выявлено достоверных изменений, однако следует отметить, что доза 1:1000 все еще вызывала тенденцию к увеличению фагоцитарного числа и индекса, тогда как доза 1:10000 уже способствовала снижению изучаемых показателей, относительно контрольных значений.

Выводы.

1. Экстракт куколок шелкопряда повышает функциональную активность нейтрофилов.
2. Достоверный рост величин фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса получен при введении в инкубационную среду экстракта в разведениях 1:10 и 1:100.
3. Продолжение данных исследований является перспективным в плане поиска новых средств, обладающих иммуномодулирующим действием.

Литература

1. Горецкая, М.В. Влияние экстракта куколок шелкопряда на функциональную активность нейтрофилов /М.В. Горецкая, В.М. Шейбак, А.А. Чиркин// Иммунопатология, аллергология, инфектология – 2008. – №2. – С.25-30.
2. Новиков, Д.К. Медицинская иммунология. /Д.К. Новиков. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 301 с.
3. Чиркин, А.А. Антиоксидантная активность куколок китайского дубового шелкопряда / А.А. Чиркин, Е.И. Коваленко, В.М. Шейбак и др. // Ученые записки УО ВГУ им. П.М. Машерова. – 2007. – Т.6. – С.248-265.

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1–2 СТЕПЕНИ

Заяц А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н. Шишко В.И.

Для пациентов с артериальной гипертензией (АГ) характерен дисбаланс нейрогуморальной регуляции, который проявляется в виде повышенной активности симпатической нервной системы, недостаточности парасимпатических влияний в модуляции сердечного ритма на ранних стадиях АГ, увеличение вклада гуморально-метаболических воздействий при дальнейшем прогрессировании заболевания.

Цель исследования. Определение влияния вегетативного тонуса на циркадные показатели артериального давления (АД) по данным суточного мониторирования АД (СМАД).

Материалы и методы. На базе кардиологического отделения ГКБ №2 г. Гродно было обследовано 45 мужчин призывного возраста с АГ 1–2 степени (средний возраст $23 \pm 1,6$ лет). Диагноз АГ выставлялся согласно рекомендациям ЕО-АГ/ЕОК, 2007. Всем исследуемым выполнялось суточное мониторирование АД аппаратом Watch BP03 (Microlife, Швейцария), определение variability ритма сердца (BPC) при 5-минутной записи на АПК «Поли-Спектр» (Нейрософт, Россия). Оценивались временные (RRNN, SDNN, RMSSD, pNN50) и спектральные (VLF, LF, HF, LF/HF, VLF%, LF%, HF%) характеристики BPC. На основании анализа показателей BCP пациенты были разделены на группы: 1-ю группу составили 26 пациентов с преобладанием парасимпатического влияния в вегетативном тонусе, 2-ю группу – 16 пациентов с преобладанием симпатического влияния. Сбалансированный тип вегетативной модуляции ритма сердца выявлен у трех пациентов, которые были исключены из статистического анализа ввиду недостаточного количества наблюдений. Проведен анализ показателей СМАД в изучаемых группах: систолическое и диастолическое АД суточное (САДсут, ДАДсут), дневное (САДдн, ДАДдн), ночное (САДн, ДАДн), циркадные показатели variability АД, показатели нагрузки давлением, суточный индекс АД, скорость утреннего подъема АД. Статистическая обработка данных проведена методом непараметрической статистики с применением программы «Statistica 6.0». Для статистического анализа применяли медиану и интерквартильный размах в виде 25% и 75% перцентилей.

Результаты. Суточный профиль АД характеризовался следующими значениями: в 1-й группе пациентов – САД сут. – 133,5 (128;140,5) мм рт. ст., ДАД сут. – 80,5 (79;87,5) мм рт. ст., САД дн – 138,5 (133;147,25) мм рт. ст., ДАД дн – 87 (82,75;93) мм рт. ст., САД н – 125,5 (119,5;129) мм рт. ст., ДАД н – 70 (65;75) мм рт. ст.; во 2-й группе – САД сут. – 139,5 (132,75;146,5) мм рт. ст., ДАД сут. – 87 (83,54;94,25) мм рт. ст., САД дн – 143,5 (140,5;152,5) мм рт. ст., ДАД дн – 94,5 (88,75;99) мм рт. ст., САД н – 128 (117;135) мм рт. ст., ДАД н – 76 (70,5;82,5) мм рт. ст.

Во 2-й группе в сравнении с 1-й группой достоверно выше уровень ДАД сут., ДАД дн, ДАД н ($p < 0,005$), индекс времени ДАД в дневные часы ($p < 0,05$), показатель variability САД ночью ($p < 0,05$). Достоверных изменений других показателей СМАД выявлено не было.

Выводы. Для пациентов с АГ 1–2 степени характерно изменение вегетативного тонуса в виде дисбаланса симпатических и парасимпатических влияний в регуляции сердечного ритма. В группе пациентов с исходной симпатикотонией выявлены достоверно высокие значения ДАД (суточные, дневные, ночные), показатели нагрузки ДАД в дневные часы и variability САД ночью, что, вероятно, обусловлено влиянием симпатического отдела вегетативной нервной системы на периферическое сосудистое сопротивление у данной категории больных.

СТУДЕНЧЕСКАЯ МОЛОДЕЖЬ В ГОДЫ РЕВОЛЮЦИОННОГО ПОДЪЕМА НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВЕКОВ

Зданович Н.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н. Ситкевич С.А.

История молодежных и, в частности, студенческих движений в России является одной из популярных тем в современной науке. Она привлекает внимание не только историков, но и психологов, политологов, социологов и др. Подобный интерес не случаен, поскольку студенчество всегда являлось одним из самых активных участников социальных и политических процессов, происходящих в обществе. События конца XIX- начала XX вв. являются особенно ярким примером участия представителей студенчества в политической жизни страны. Цель данной работы – охарактеризовать основные этапы истории студенческого движения и определить его роль в формировании общего революционного движения в стране.

Студенчество России начинает оформляться как социальная прослойка с середины XIX в. Учащиеся «в основной своей части ещё с шестидесятых годов состояли из разночинцев и провинциальной бедноты» [3,с.252]. После правления Александра II, известного своими либеральными реформами, его приемники проводят строгую политику в отношении университетов. Новый устав 1884 г. и циркуляры министерства просвещения вводят ограничения на приём студентов в вузы, запрет на любые собрания и расширяют полномочия инспекции в надзоре за студентами.

Идеологически студенческое движение прошло три этапа: 1889-1895 гг., 1895-1902 гг. и 1902-1917 годы. Сначала студенты стремились к расширению только академических свобод путём мирной самоорганизации, затем – своих гражданских свобод путём обособленных студенческих выступлений, наконец – гражданских прав всего населения Российской империи революционным путём. В начальный период антиправительственной борьбы студенческое движение проявилось в специфических формах: коллективный бойкот лекций, участие в неразрешенных сходках, кратковременные забастовки, манифестации и т. п. Руководящими органами движения выступали землячества – полуполигальные организации учащихся, возникшие в 50-60-х гг. XIX в. Во 2-й половине 90-х гг. произошел массовый отказ студенчества присягнуть Николаю II, а 14 января 1901 г. – убийство министра просвещения проф. Боголепова Н.П. бывшим студентом московского университета. Эти выступления способствовали пробуждению и росту политического самосознания не только среди большинства учащихся, но и в народных массах. Участники студенческого движения начали пополнять ряды революционных организаций – народнических, а затем марксистских, социал-демократических, а в годы первой русской революции стали её активными участниками.

Таким образом, студенческое движение эволюционировало от академических целей и средств борьбы к движению, политически направленному на свержение царского самодержавия. Студенческая среда стала плодородной почвой для развития революционных идей и формирования общественного подъёма на рубеже XIX-XX вв.

Литература:

1. Краснов П.В. Деятели политического сыска России о студенческом движении 1899 – начала 1902 г. // Вестник Московского университета. Серия 8 – История. 2007. № 6. С. 83 – 94.
2. Ковкель И.И., Ярмусик, Э.С. История Беларуси с древнейших времён до нашего времени / И.И. Ковкель, Э.С. Ярмусик. – Минск: Аверсэв, 4-е издание, 2004.
3. Гиляровский В.А. Москва и москвичи / Сочинения в четырёх томах. Т. 4.; сост. и прим. Б.И. Есина. – М.: Правда, 1989.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ ДЕМЕНЦИЯМИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Земба И.Е., Вольская Н.С., Семенчук Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – Дудук С.Л.

В РБ удельный вес лиц, старше 60 лет, составляет в среднем 30,7%. Ожидаемый рост доли пожилых достигает 0,2% в год. Увеличение числа лиц старше 60 лет будет приводить к росту бремени медико-социальных проблем, которые придется решать в системе здравоохранения и социального обеспечения.

Исследование является составной частью научно-исследовательской работы, выполненной на кафедре психиатрии и наркологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», по теме «Клинико-эпидемиологическое исследование деменций позднего возраста», номер государственной регистрации 20091455, дата регистрации: 10.07.2009.

Цель работы – изучить болезненность и заболеваемость деменциями среди населения старше 40 лет, проживающего в Гродненской области за период 2002-2010 гг., как один из аспектов бремени медико-социальных проблем.

Материал и методы исследования. За единицу наблюдения принят каждый случай деменции в течение 2002-2010 гг. Проведен сплошной ретроспективный анализ сведений о пациентах данного профиля, состоящих на учете в специализированных психиатрических кабинетах учреждений здравоохранения Гродненской области. В процессе исследования для расчетов интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа всех зарегистрированных и впервые зарегистрированных случаев деменций и органических психических расстройств по Гродненской области. Проведена оценка интенсивных показателей болезненности и заболеваемости этой группой психических расстройств. По анализу динамики эпидемиологических показателей за 2002-2010 гг. определены тенденции распространения данной патологии. Первичные документы: Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения, форма №10, утвержденная Министерством статистики и анализа РБ от 27.05.2002 №38, Отчет о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения и контингентах наблюдаемых больных (кроме ПАВ), форма №10, утвержденная Министерством статистики и анализа РБ от 01.11.2007 №379. Изучаемые контингенты разделены на группы по возрасту (40-59 лет, старше 60 лет), рассчитаны следующие характеристики каждого специального интенсивного показателя: коэффициент наглядности, абсолютный прирост, 1% прироста, темп прироста. В возрастной группе 40-59 лет распространенность деменций снижается, данную тенденцию можно расценить как положительную. Важным является вывод, что увеличение распространенности деменций среди населения старше 60 лет происходит не за счет возникновения расстройства в трудоспособном возрасте, и связано с истинным ростом деменций позднего возраста. Средний показатель болезненности деменциями среди населения старше 60 лет составляет 655,248 на 100 тыс. населения области этой возрастной группы, средний коэффициент наглядности – +116,337, средний коэффициент наглядности по отношению к 2002 году – +174,872, средний абсолютный прирост – +192,2, темп прироста – +16,337, среднее значение 1% прироста – +12,842. Заболеваемость деменциями среди лиц старше 60 лет характеризуется следующим: средний показатель – 179,883, средний коэффициент наглядности – +115,28, средний коэффициент наглядности по отношению к 2002 году – + 176,356, средний абсолютный прирост – + 41,6, темп прироста – +15,28, среднее значение 1% прироста – +3,634.

Проведенный анализ подтверждает, что, наблюдается снижение первичной и общей заболеваемости деменциями у населения Гродненской области в возрасте 40-59 лет, и увеличение – в возрастной группе лиц старше 60 лет.

ВАРУСНАЯ УСТАНОВКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: РОЛЬ МЫШЦЕЛКОВ БЕДРА

Иванцов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Сложные анатомические и функциональные нарушения, возникающие в результате развития осевых деформаций коленного сустава, вызывают различные расстройства статики, кинематики и биомеханики всей нижней конечности. В период новорожденности наблюдаются иные, чем у взрослого, взаимоотношения суставных поверхностей. С этой целью мы предприняли попытку оценить размеры мышцелков бедра и их вклад в осевые отклонения нижних конечностей.

Сочленяющиеся в суставе дистальный эпифиз бедренной кости и проксимальный эпифиз большеберцовой кости у новорожденного хрящевые, хотя в эпифизах уже есть точки окостенения.

Материалом для исследования послужили 32 коленных сустава плодов и новорожденных, умерших от асфиксии и родовой травмы.

Сравнивая по размерам между собой оба мышцелка бедра, мы установили, что внутренний мышцелок несколько менее развит, чем наружный (таблица 1).

Таблица 1 – Морфометрические параметры мышцелков бедра

Показатель	Медиальный мышцелок бедренной кости	Латеральный мышцелок бедренной кости	P
Длина	17,37±2,54	18,7±2,65	p<0,05
Высота	6,07±0,95	6,57±1	p<0,05
Длина изгиба	26,37±3,86	28,55±4,66	p<0,05

В 31 случае (96,9%) длина латерального мышцелка бедренной кости статистически достоверно (p<0,05) была больше длины медиального мышцелка и лишь в одном случае (3,1%) наоборот.

В 27 случаях (84,5%) высота латерального мышцелка бедра статистически достоверно (p<0,05) превышала значение высоты медиального мышцелка бедра, в 4-х случаях (12,4%) высота медиального мышцелка бедра превышала показатель высоты латерального мышцелка бедра и в одном случае (3,1%) значения этих показателей были равными.

Суставная поверхность мышцелков бедра при прямохождении начинает испытывать нагрузку и её размеры на протяжении всей жизни непрерывно меняются в зависимости от возраста и степени физической нагрузки. Поэтому представляет определенный интерес знание длины изгиба мышцелков бедра поскольку именно по данной поверхности будет происходить скольжение мышцелков бедра относительно тиббиального плато. Для измерения длины изгиба мы использовали «Устройство для измерения линейных параметров искривленных образований скелета и установления их геометрической формы» (патент на полезную модель № 6157 от 2010.01.19).

В 30 случаях (93,8%) длина изгиба латерального мышцелка бедра статистически достоверно (p<0,05) превышала аналогичное значение у медиального мышцелка бедра, а в 2-х случаях (6,2%) имелась обратная картина. Стоит отметить тот факт, что преобладание размеров медиального мышцелка бедра в одном случае сочеталось с равными показателями высот обоих мышцелков, а в другом случае имелось преобладание длины и высоты латерального мышцелка над аналогичными показателями медиального мышцелка бедренной кости.

Полученные данные о преобладании размеров латерального мышцелка бедра дают нам основание объективно судить о варусной установке нижних конечностей у новорожденных детей.

ОСОБЕННОСТИ ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА МЫШЦЕЛКОВ БЕДРА У ДЕТЕЙ 3-7 ЛЕТ В НОРМЕ И ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ

Иванцов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

У людей со здоровыми стопами ударная нагрузка при беге и ходьбе до 70% гасится на уровне стопы. При заболеваниях, утрачивается функция стоп, смягчающая ударные нагрузки, что вынуждает брать на себя роль амортизаторов коленные суставы [2].

В нашем исследовании мы преследовали цель оценить особенности гиалинового хряща мышцелков коленного сустава у здоровых детей и у детей с начальными стадиями плоскостопия, используя метод ультразвуковой морфометрии.

Материал и методы исследований. Исследования проводились на базе травматолого-ортопедического кабинета 2-й детской поликлиники г. Гродно и УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно».

Нами выполнено ультразвуковое обследование у детей с начальными стадиями плоскостопия (76 коленных суставов). Критериями для формирования контрольной группы (62 коленных сустава) послужили: отсутствие жалоб на боли и дискомфорт в коленных суставах, отсутствие в анамнезе спортивных нагрузок, травм и заболеваний нижних конечностей. Максимальное сгибание нижней конечности в коленном суставе создавало оптимальное ультразвуковое «окно» для визуализации мышцелков бедренной кости и морфометрии гиалинового хряща.

Результаты и их обсуждение. Ультразвуковое изображение суставного хряща дистального эпифиза бедренной кости характеризовалось ровностью и отчетливостью контуров, высокой степенью однородности, гипоэхогенностью, отсутствием дополнительных границ раздела сред. Полученные нами данные о толщине гиалинового хряща мышцелков бедренной кости отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели толщины хряща мышцелков бедренной кости ($M \pm m$)

Возраст, лет	Мыщелок	Толщина хряща, мм		p
		Контроль	Плоскостопие	
3-7 лет	Медиальный	$5,31 \pm 0,46$	$5,25 \pm 0,49$	$p > 0.05$
	Латеральный	$5,48 \pm 0,5$	$5,3 \pm 0,61$	$p > 0.05$

Анализ результатов показал, что в исследуемой и контрольной группах толщина хряща латерального мыщелка превалирует над толщиной хряща над медиального мыщелка, на что указывала в своих исследованиях Л.М.Бадамшина с соавт [1].

Возрастной период 3-7 лет характеризуется заметным увеличением динамических нагрузок, что связано с двигательной активностью детей, приводящей, на фоне процессов хондрогенеза к увеличению микротвердости хряща и количества основного вещества. Это и объясняет тот факт, что мы не выявили статистически достоверных отличий в толщине хряща в контрольной и исследуемой группах ($p > 0.05$).

Литература:

1. Бадамшина, Л.М. Ультразвуковой метод исследования в диагностике суставов у детей / Л.М.Бадамшина // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 2004. – 28 с.
2. Лашковский, В.В. Диагностика ортопедической патологии стопы у детей и подростков: учебно-методическое пособие / В.В. Лашковский. – Минск:Донарит, 2007. – 60 с.

ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ МЕНИСКОВОГО КОМПЛЕКСА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ 3-7 ЛЕТ В НОРМЕ И ПРИ ПЛОСКОСТОПИИ

Иванцов А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Преобладание плоскостопия в структуре патологии стоп обуславливает необходимость разработки скрининговых методов исследования вышерасположенных суставов нижней конечности.

В нашем исследовании мы преследовали цель оценить приспособительные реакции менискового комплекса коленного сустава у здоровых детей и у детей с начальными стадиями плоскостопия, используя метод ультразвуковой морфометрии.

Материал и методы исследований. Основываясь на данных формирования анатомической оси нижней конечности, нами был использован произвольный показатель соотношения толщины медиального мениска к латеральному – индекс симметричности толщины менисков [1]. Отношение в пользу медиального мениска (>1) характеризовало вальгусный тип приспособления мениско-бедренного комплекса, а в пользу латерального (<1) – варусный. Исследования проводились на базе травматолого-ортопедического кабинета 2-й детской поликлиники г. Гродно и УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно».

Нами выполнено ультразвуковое обследование у детей с начальными стадиями плоскостопия (76 коленных суставов). Критериями для формирования контрольной группы (62 коленных сустава) послужили: отсутствие жалоб на боли и дискомфорт в коленных суставах, отсутствие в анамнезе спортивных нагрузок, травм и заболеваний нижних конечностей. В ходе ультразвукового сканирования толщина менисков измерялась на уровне суставной щели заднемедиального и заднелатерального отделов подколенной ямки при строго перпендикулярном удерживании датчика относительно задней поверхности большеберцовой кости.

Результаты и их обсуждение. Полученные нами данные о толщине менисков отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели толщины менисков ($M \pm m$)

Возраст, лет	Мениск	Толщина менисков, мм		p
		Контроль	Плоскостопие	
3-7 лет	Медиальный	9,56 $\pm$ 1,2	9,18 $\pm$ 1,3	p > 0.05
	Латеральный	8,94 $\pm$ 1,11	9,7 $\pm$ 1,9	p < 0.01

Как показали наши исследования, для индекса симметричности толщины менисков, у детей контрольной группы характерно преобладание вальгусного варианта приспособления менискового комплекса, что свидетельствует о формировании вышеуказанного состояния в младших возрастных группах и закреплении его на последующих этапах онтогенеза [1].

В то же время, нами установлено, что у детей 3-7 лет с начальными стадиями плоскостопия отмечается преобладание размеров латерального мениска по сравнению с контрольной группой (p < 0.01), характеризую варусный вариант менискового комплекса, который отражает замедление процессов варусной трансформации нижних конечностей в более выгодное в функциональном плане вальгусное положение. Задержка вальгирования нижних конечностей сопровождается изменением нагрузки на мениско-бедренный комплекс с развитием дисконгруэнтности, что может сказаться на биомеханике коленного сустава.

Литература:

1. Климец, Е.И. Сонометрическая толщина менисков коленного сустава в оценке их конгруэнтного приспособления в период становления локомоторной функции у детей и подростков / Е.И. Климец // Медицинская визуализация. – 2005. – № 5. – С. 134-138.

ЖЕНЩИНЫ НА СЛУЖБЕ В АРМИИ

Ильюкевич Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – Флюрик С.В.

Впервые женщин привлекали для госпитальных, хозяйственных и санитарных работ при Петре I. Нередко зачислялись на действительную военную службу женщины – члены императорской фамилии.

Первая мировая война вызвала волну добровольного вступления женщин в ряды воюющей армии, они были в действующих пехотных и кавалерийских частях, принимали непосредственное участие в боевых действиях. Перечень военных специальностей, где использовался женский труд, значительно расширился, даже появились приоритетные направления. Преимущественно это были тыловые службы, в частности медицинская. Встречались исключительные случаи, связанные с появлением женщин в авиации. Создание первого женского воинского формирования боевого назначения относится к середине 1917г. В Петрограде был образован женский военный союз, который по разрешению военного министра занимался записью патриоток в женские формирования. В июне 1917 г. из женщин-добровольцев сформировали два пехотных батальона, четыре команды связи. В октябре 1917г. в войсках насчитывалось 1167 военнотружениц-женщин рядового состава. Со временем предполагалось подготовить командиров из офицеров-женщин, для чего их обучали в Александровском военном училище в Санкт-Петербурге.

В годы Великой Отечественной войны в армию и на флот было призвано свыше 800 тыс. женщин. Большинство женщин относилось к рядовому и сержантскому составу, офицеров насчитывалось около 80 тыс. Рядовые и сержанты, за редким исключением, были в возрасте 18, чаще 20 лет. Среди офицеров возрастной диапазон был выше – от 20 до 35 лет и более, преимущественно за счет медицинских работников. Неоценим вклад в Победу военных медиков, среди которых фронтовые врачи-женщины составили 41% от численности всего врачебного состава фронтов, военные хирурги – 43%, фельдшера – 78%, медицинские сестры – 100%. Кроме того, высокий процент женщин был среди санитарных инструкторов и санитаров. По окончании войны основная часть женщин демобилизовалась и в течение последующих двух-трех десятилетий «женский» вопрос в ВС считался неактуальным.

В ВС РФ женщин разрешено назначать на несколько сотен должностей, замещаемых солдатами, сержантами, старшинами и прапорщиками; офицеров-женщин разрешено отбирать на должности командного, инженерно-технического, военнотруженицкого, педагогического, научного, юридического, медицинского и ветеринарного профилей. Приоритетным направлением является применение женского труда в частях тылового обеспечения, связи, берегового базирования, штабных структурах

Система профессионального психологического отбора в отношении женщин, поступающих на военную службу, требует дальнейшего совершенствования и разработки критериев профессиональной пригодности. для различных видов и родов войск, для существующих и вновь открываемых специальностей; определения перспективы применения женского труда в различных сферах военнотруженицкой деятельности.

Таким образом, многовековой опыт прохождения военной службы женщинами прочно укрепил их в армии и на флоте. В последние годы в связи с переходом на контрактную систему комплектования роль и место женщин в ВС РФ значительно возросла, предопределяя расширение разработок и совершенствование мероприятий по различным видам обеспечения данного контингента. Основное внимание при этом должно быть уделено вопросам их медицинского обеспечения, как для мирного, так и военного времени.

ПАРАМЕТРЫ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В РАЗНЫХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС В ДИНАМИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Иоскевич А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.

Нарушение структуры пула свободных аминокислот при хронической алкогольной интоксикации наблюдается во многих тканях организма: плазме, мышцах, печени.

Было изучено изменение пула свободных аминокислот в стволе, стриатуме и мозжечке головного мозга крыс, в динамике хронической алкогольной интоксикации. Алкоголизация крыс проводилась путем внутрижелудочного введения 25% раствора этанола в дозе 3,5 г/кг два раза в сутки, декапитацию производили через 7, 14, 21 и 28 суток. В разных отделах головного мозга определяли содержание аминокислот на ВЭЖХ системе.

При алкоголизации в течение 7 суток наблюдаются следующие изменения. В стволе головного мозга возрастает соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты на 30%, незначительно повышаются показатели АРУЦ/ААК, возбуждаемые/тормозные, гликогенные/кетогенные аминокислоты. В стриатуме незначительно возрастает соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты, другие показатели находятся в пределах нормы. При этом значительно повышено соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты в мозжечке, также возрастают АРУЦ/ААК и возбуждающие/тормозные аминокислоты.

При алкоголизации в течение 14 суток в стволе повышается соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты, не изменяются коэффициенты АРУЦ/ААК, возбуждающие/тормозные и гликогенные/кетогенные аминокислоты. Значительно возрастают показатели заменимые/незаменимые, гликогенные/кетогенные, возбуждающие/тормозные аминокислоты в стриатуме головного мозга. В мозжечке в этих условиях повышается соотношение заменимые/незаменимые, гликогенные/кетогенные, возбуждающие/тормозные аминокислоты.

Алкогольная интоксикация в течение 21 суток не изменяет в стволе головного мозга соотношения заменимые/незаменимые, гликогенные/кетогенные, возбуждающие/тормозные аминокислоты и АРУЦ/ААК. В стриатуме при этом значительно возрастают коэффициенты заменимые/незаменимые, гликогенные/кетогенные аминокислоты, а АРУЦ/ААК и возбуждающие/тормозные аминокислоты не изменяются. Повышаются показатели заменимые/незаменимые, гликогенные/кетогенные аминокислоты в мозжечке.

При алкоголизации в течение 28 суток в стволе повышаются соотношения заменимые/незаменимые, гликогенные/кетогенные аминокислоты и АРУЦ/ААК. В этих условиях в мозжечке в два раза повышено соотношение гликогенные/кетогенные аминокислоты, значительно возрастают коэффициенты заменимые/незаменимые, возбуждающие/тормозные аминокислоты.

Таким образом, изменения пула свободных аминокислот в головном мозге, при хронической алкогольной интоксикации зависят от сроков алкоголизации и имеют регионарные особенности.

ПУЛ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В НЕКОТОРЫХ ОТДЕЛАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Иоскевич А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.

Хроническая алкогольная интоксикация сопровождается нарушением метаболизма практически всех классов органических соединений. В полной мере это ка-

сается и пула свободных аминокислот. Это обусловлено исключительной ролью аминокислот, как источника синтеза белков, пептидов, биогенных аминов и других биологически активных соединений.

Было изучено изменение пула свободных аминокислот в коре больших полушарий и таламической области головного мозга крыс, в динамике хронической алкогольной интоксикации. Алкоголизация крыс проводилась путем внутрижелудочного введения 25% раствора этанола в дозе 3,5 г/кг два раза в сутки, декапитацию производили через 7, 14, 21 и 28 суток.

Изменение пула свободных аминокислот в коре больших полушарий зависит от длительности алкоголизации. При алкоголизации в течение 7 суток повышается концентрация Ала и Орн, а снижается Асп, Тре, Фен. Снижается суммарное содержание незаменимых аминокислот на 30%, а соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты возрастает на 40% по сравнению с контрольной группой. Содержание нейротрансмиттерных аминокислот практически не изменяется. При алкоголизации в течение 14 суток в этом отделе мозга повышается концентрация Вал, Мет и Орн, а снижается концентрация Асп, Тре, Арг. Снижается суммарное содержание незаменимых аминокислот на 17% и возрастает соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты до 29,3 (25,0 в контроле). При алкоголизации в течение 28 суток увеличивается концентрация Глн, Гис, Арг, Иле и уменьшается Асп, Асп, Тре, Ала. При этом увеличивается соотношение АРУЦ/ААК от 2,8 (в контроле) до 3,6. Количество нейротрансмиттерных аминокислот снижается на 7%. Во всех исследуемых группах наблюдается стабильность фонда нейротрансмиттерных (возбуждающих и тормозных) аминокислот.

В таламической области в процессе хронической алкоголизации формируется аминокислотный дисбаланс. При алкоголизации в течение 7 суток значительно снижается концентрация заменимых (Ала, Асп, Гли, Глн, Глу), незаменимых (Вал, Лей, Лиз, Гис Тре), возбуждающих (Асп) и тормозных (ГАМК, Гли) аминокислот. При алкоголизации в течение 14 суток снижается концентрация Асп, Глу, Глн, Арг, Тау, Вал, повышается уровень Гис, Мет и Орн. Содержание нейротрансмиттерных аминокислот не изменяется. При алкоголизации в течение 21 суток снижается концентрация Асп, Глу, Ала, Тау, Вал и Орн, повышается Глу, Арг, ГАМК, Фен и Лей. Возрастает суммарное содержание тормозных аминокислот на 1/3 по сравнению с контрольной группой и снижается соотношение АРУЦ/ААК на 20%. При алкоголизации в течение 28 суток значительно повышается суммарное содержание тормозных аминокислот, а соотношение возбуждающие/тормозные аминокислоты снижается на 30% по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, трансформация аминокислотного пула в головном мозге на фоне хронической алкогольной интоксикации имеет свою регионарность. Наиболее выраженные изменения при этом отмечаются в таламической области, но не в коре больших полушарий.

ПЕРИОД РАННЕЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Исаенко М.С., Мандрикова Д.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – асс. Гурина Л.Н.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – часто встречающаяся акушерская патология, которая отмечается у каждой третьей беременной женщины [1]. Нарушение функции плаценты проявляется плацентарной недостаточностью, которая может зависеть от изменений в самой плаценте, от акушерской или соматической патологии у матери, а также от состояния плода. ФПН является актуальной проблемой, как в акушерстве, так и в неонатологии.

Целью данного исследования являлось изучение влияния тяжести фетоплацентарной недостаточности на течение раннего адаптационного периода у новорожденных, их физическое развитие.

Был проведен ретроспективный анализ 135 историй родов и историй развития новорожденного. Детей в зависимости от стадии ФПН у матерей распределили на 3 группы. 1-ю гр. (1-я гр., сравнения, $n=110$) сформировали из младенцев, матери которых имели ФПН в стадии компенсации. Во 2-ю гр. включили новорожденных рожденных от матерей с субкомпенсированной формой ФПН (2-я гр., $n=12$). 3-ю гр. составили дети, матери которых во время беременности страдали ФПН декомпенсированной формой (3-я гр., $n=13$). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Сравнение качественных признаков в группах проводилось с помощью точного критерия Фишера (двусторонний тест) достоверные значения при $p<0,05$.

По результатам исследования было определено, что в 1-й гр. родилось здоровыми 13 детей, тогда как у всех младенцев из 2-й и 3-й групп диагностировали патологические состояния, возникающие в перинатальном периоде. В состоянии умеренной асфиксии родилось 10 новорожденных из 1-й гр., 2 из 2-й гр., дети из 3-й гр. не имели признаков асфиксии при рождении ($p>0,05$). Масса тела при рождении у 104 пациентов 1-й гр. распределилась между 10 и 90 перцентилем, у 6 – ниже 10 перцентилем, показатели массы тела новорожденных из 2-й и 3-й групп не выходили за пределы нормы и соответствовала гестационному возрасту ($p>0,05$). Неонатальная желтуха диагностирована у 31 ребенка из 1-й гр., у 3 детей из 2-й и 2 из 3-й ($p>0,05$), синдром дыхательных расстройств (СДР) отмечался у 16 новорожденных (1-я гр.), причиной которого в 5 случаях являлась аспирация околоплодных вод, в 3 – врожденная пневмония, в 3-й СДР – у трех новорожденных, без статистически значимой разницы в сравниваемых группах. Диагноз церебральной ишемии выставлен 13 младенцам из 1-й гр., 7 из 2-й, 4 – 3-й. Чаще у детей из 2-й гр. встречается церебральная ишемия по сравнению с новорожденными из 1-й гр. ($p=0,005$). С врожденными пороками развития родилось 8 детей в 1-й гр., 1 ребенок в 3-й ($p>0,05$).

Как показал проведенный анализ, степень тяжести клинических проявлений ФПН не оказывает влияния на внутриутробное развитие плода, новорожденные сравниваемых групп не имели достоверных отличий по основным показателям физического развития. Структура заболеваемости в группах детей была практически одинаковой и не отличалась по частоте возникновения. Данные исследования подтверждают своевременность выявления признаков ФПН и проведения лечебных мероприятий. Младенцы, рожденные от матерей с субкомпенсированной формой ФПН чаще страдают перинатальным поражением головного мозга, что обусловлено сложностью определения стадии ФПН и назначения лечения.

Литература:

1. Филиппов, О.С. Плацентарная недостаточность: современный взгляд на проблему / О.С. Филиппов, Е.В. Карнаухова, А.А. Казанцева. – Красноярск, 2005. – 198 с.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛИ ХРОНИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА

Казак М.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.

Организм человека существует в постоянном контакте с микроорганизмами. При разрушении грамотрицательных бактерий компонент их наружной стенки липополисахарид (ЛПС) попадает в кровоток и оказывает влияние практически на все системы организма [Лиходед В.Г., 1996]. Поступление в общий кровоток избыточного количества ЛПС приводит к усилению синтеза вторичных эффекторов – оксида

азота и фактора активации тромбоцитов [Hurley J., 2001]. Эндокринные и паракринные эффекты цитокинов и вторичных медиаторов приводят к системной вазодилатации и гипотензии, снижению сердечной сократимости, гиперактивации системы коагуляции, повреждению и активации эндотелия, системной адгезии лейкоцитов, обуславливая развитие септического шока, полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома [Томин М.С., 2001]. Интерес вызывает изучение действия ЛПС при его хроническом введении, т.к. человек на протяжении всей своей жизни сталкивается с грамотрицательными бактериями, локализованными в кишечнике и длительно присутствующими в организме при хронических вялотекущих воспалительных процессах и инфекционно-аллергических состояниях.

Для изучения влияния хронического введения ЛПС на функциональное состояние организма используются разные дозы и кратность его введения. Для моделирования легочного воспаления и фиброза легочной ткани у крыс применяли внутрибрюшинное введение ЛПС *E. Coli* 5 мг/кг в течение трех суток [Wang X.Q. et al., 2008]. При введении интраперитонеально ЛПС *E. Coli* в дозе 10 мкг/кг в течение 15 недель можно отметить гиперплазию синовиальных клеток [Suzuki K., 2009], а при введении эндотоксина в той же дозе в течение 5 суток наблюдали воспалительный ответ со стороны поджелудочной железы [Jaworek J. et al., 2000]. Двукратное внутрибрюшинное введение крысам ЛПС *E. Coli* с интервалом 24 часа в дозе 10 мг/кг привело к снижению пролиферации энтероцитов, усилению апоптоза клеток кишечника [Sukhotnik I. et al., 2004]. В результате трехкратного внутрибрюшинного введения ЛПС *E. Coli* (0.5, 1.0 и 2.0 мг/кг каждый день) наблюдали изменения в сосудистой стенке грудной аорты [Kagota S. et al., 2004]. При интраперитонеальном введении ЛПС *E. Coli* в дозе 0,6 мг/кг на 1, 3, 5, 7 сутки в течение четырех недель можно отметить развитие перитониального фиброза [Dou X.R. et al., 2005]. В результате введения ЛПС *E. coli* в дозе 25 мкг/кг в течение двух недель наблюдалось угнетение антиоксидантной активности ткани и активация свободнорадикальных процессов в тканях селезенки [Давыдовский А.Г., 2000].

Немало работ посвящены изучению действия ЛПС на кислородтранспортную функцию крови и прооксидантно-антиоксидантный баланс, в которых проводилась оценка данных параметров после однократного внутривенного введения крысам ЛПС *E. Coli* в дозе 5 мг/кг через 180 мин. [Глебов А.Н., Зинчук В.В., 2006], а также через 120, 240 мин. после однократной внутривенной инъекции кроликам ЛПС *E. Coli* в дозе 500 мкг/кг [Глебов А.Н., Зинчук В.В., 2002] и через 12 часов, одни и пять суток после однократного внутривенного введения кроликам ЛПС *E. Coli* в дозе 500 мкг/кг [Шульга Е.В., 2010]. Однако при длительном введении ЛПС многие аспекты изменений кислородтранспортной функции крови изучены недостаточно, что и предопределило интерес к данной проблеме.

С учетом анализа литературы и техники выполнения, наиболее предпочтительно использовать модель с внутрибрюшинным введением крысам ЛПС по 5 мг/кг/сутки в течение трех суток с последующим проведением исследования происходящих изменений через 12 часов после последней инъекции.

СОПОСТАВИТЕЛЬНАЯ ТИПОЛОГИЯ ТЕРМИНОВ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГЕРМАНИИ И БЕЛАРУСИ

Казакевич В.А.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Пожарицкая Г.П.

А.А. Реформатский, сравнивая общеупотребительные слова с терминами, говорил о модальности, экспрессии и эстетических качествах первых и о стилистической нейтральности и не экспрессивности других. Термины лишены форм эмоциональной оценки, однако, достаточно информативны и способны ёмко и точно передавать специальные понятия, предметы, процессы и явления. Разные пласты лексики

довольно активно участвуют в терминообразовании.

Целью настоящего исследования был сопоставительный анализ терминов в системе медицинского образования Германии и Беларуси. Актуальность данной темы состоит в том, что ощущается значительный интерес к теоретическим исследованиям в области медицинского образования Германии и Беларуси. На практике существенно различаются условия получения медицинского образования в этих двух странах: варьируются сроки начала обучения тех или иных дисциплин, их длительность, различное количество учебных часов и т.д. Но при всём многообразии факторов существуют единые исходные теоретические позиции, общие закономерности обучения. Всё это находит отражение в терминологических системах обоих языков.

При изучении терминологии неизбежен сопоставительный анализ языковых явлений, позволяющий нагляднее продемонстрировать системность каждого из сопоставляемых языков в целом и отдельных их характерных признаков.

Основным методом является реализация сопоставительного (контрастивного) подхода. Данная реализация предполагает сравнение и сопоставление языков, выявлению черт сходства и различия между ними. Принадлежащие к разным группам языков (германской и славянской) русский и немецкий имеют общую индоевропейскую основу и на всех лингвистических уровнях имеют ряд соответствий и различий. В области медицинской терминологии в силу известных исторических причин велика доля слов латинского происхождения. С другой стороны развитие русского и немецкого языков с конца XIX века и особенно в последние десятилетия характеризуется значительным влиянием английского языка и проникновением в словарный состав большого количества англицизмов. Существенна также доля интернационализмов.

Выводы. Таким образом, сопоставительный подход играет разную по значимости роль. С одной стороны, он позволяет осознать внутренние закономерности построения термина системы медицинского образования двух стран, терминологические лексемы употребляются не только по формальному сходству, но и по ассоциативным связям. Хотя возможен как положительный перенос, так и интерференция, например, из-за несовпадения объёмов значения слова в разных языках. Сопоставительный подход создаёт условия для интенсификации процесса изучения терминов в системе медицинского образования, ибо взаимодействие опыта изучения языков, безусловно, оказывает взаимообогащающее влияние.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Казанович Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Л.В. Гутикова

Беременность является эктопической (внематочной), если имплантация произошла вне полости матки. Наиболее частое место имплантации – фаллопиевы трубы (98%), реже – яичник, рудиментарный рог матки, брюшная полость [1]. В редких случаях плодное яйцо имплантируется в брыжейке кишечника, широкой связке матки или других органах брюшной полости – возникает первичная брюшная беременность. Вторичная брюшная беременность возникает при выталкивании плодного яйца из трубы в брюшную полость. Внематочная беременность может привести к грозным осложнениям и является непосредственной угрозой для жизни женщины [2]. Поэтому актуальным представляется определение особенностей течения данной патологии, ее ранняя диагностика и оптимизация лечения, а также выявление патологических процессов, способствующих развитию внематочной беременности.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости и особенности течения внематочной беременности у пациенток гинекологического отделения УЗ ГК «БСМП» г. Гродно.

Материалы исследования. В основу работы положены результаты анализа историй болезни 180 женщин, находившихся на лечении в отделении экстренной гинекологии УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с диагнозом «Внематочная беременность» с января 2009 года по ноябрь 2010 года.

Результаты исследований. Нами выявлено, что частота встречаемости внематочной беременности за 2009 год составила 108 случаев, за 11 месяцев 2010 года – 73 случая, что составляет 5% от всех пациенток, пролеченных в гинекологическом отделении УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за данный период.

По нашим данным, в возрасте до 20-ти лет наличие внематочной беременности обнаружено у 3,3% женщин, 20–29 лет – у 60% пациенток, 30–39 лет – у 26,6%, 40–49 лет – у 10% женщин. Частота встречаемости внематочной беременности справа и слева (в правой и левой маточных трубах) составила 53,3% и 46,7%, соответственно. Анализируя метод оперативного вмешательства, выделено, что в 66,6% случаев выполнена лапаротомия (в большинстве случаев – по Пфанненштилю), а у 33,4% – лапароскопическое оперативное вмешательство, причём у 12 женщин была произведена органосохраняющая операция по методике сальпингонеостомии.

Выводы. Внематочная беременность чаще встречается у женщин в возрасте 20–29 лет, причем половина случаев данной патологии развивается на фоне хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, в структуре которых преобладает поражение придатков матки, а у каждой десятой женщины наблюдается повторение случаев внематочной беременности.

Литература:

1. Югина, Е.Ю. Преимущества лапароскопического доступа при внематочной беременности / Е.Ю. Югина, С.И. Хубсерьянец, А.А. Югина // Современные проблемы науки и образования. – г. Краснодар. – 2010.

2. Пересада, О.А., Внематочная беременность / О.А. Пересада // Клинические лекции. – БелМАПО. – 2009.

ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ – ДЕПАКИН ХРОНО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Казанович К.С., Гончарук В.В.,*Суцевич Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

**Гродненская детская областная клиническая больница, Беларусь*

Кафедра неврологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.В. Онегин

Эпилепсия оказывает влияние на все стороны жизни больного, и понимание этих проблем важно с медицинской и социальной точки зрения [1, 2]. Прекращение приступов позволяет уменьшить инвалидизацию и улучшить качество жизни больных [2, 3].

Цель исследования. Объективизация максимальной терапевтической эффективности препарата депакин хроно, не сопровождающейся побочным эффектом у больных детского возраста с генерализованной симптоматической эпилепсией, на основе результатов клинко-электроэнцефалографического мониторинг исследования.

Материалы и методы. Депакином хроно в виде моно- или политерапии пролечено 58 пациента с генерализованной симптоматической эпилепсией, находившихся в неврологическом отделении УЗ «ГОДКБ» [1, 2]. Возраст больных варьировал от 6 месяцев до 17 лет. У всех наблюдаемых старше 1 года проводилось ЭЭГ-исследование до и после назначения препарата. Длительность наблюдения составила от 1 до 6 месяцев, с регистрацией числа и тяжести эпилептических припадков, ЭЭГ, а также частоты возникновения нежелательных побочных эффектов.

Результаты и обсуждение. На основании проведенного исследования установлено, что депакин-хроно является высокоэффективным препаратом в лечении разных типов генерализованных эпилептических припадков у детей и подростков.

Важнейшим достоинством депакин хроно является меньшая кратность приема и редкость возникновения побочных эффектов за счет меньшего числа колебаний и исчезновения выраженного пика плазменной концентрации после назначения вальпроата длительного действия, лучше контролируется в режиме монотерапии, однако продолжительное лечение вальпроатами обязывает к регулярному контролю морфологии крови, функции печени и почек [1, 2].

Полученные электроэнцефалографические изменения прямо коррелировали с результатами проводимой противосудорожной терапии, однако нормализация биоэлектрической активности происходила медленнее, чем клиническое улучшение [1, 3].

Введение в терапевтическую схему депакина хроно способствовало преодолению терапевтической резистентности, а также профилактике ее в случаях стартовой терапии при впервые выявленном заболевании. Выраженное противоэпилептическое и нормотимическое действие депакина хроно позволяет оценить указанный препарат в качестве средства, улучшающего качество жизни больных эпилепсией.

Заключение. Выраженное противоэпилептическое действие в отношении всех типов припадков генерализованной формы эпилепсии, хорошая переносимость высоких доз препарата с отсутствием влияния на когнитивные функции, существование различных форм препарата и меньшая кратность приема помогает добиться высокой комплаентности, что позволяет его рекомендовать для лечения генерализованной эпилепсии у детей и подростков.

Литература:

1. Мухин, К.Ю. Эпилептические синдромы: справочное руководство / К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин. - Москва, 2005. - 145 с.

2. Формулярный подход к назначению эпилептических препаратов в невропедиатрии / Методическое пособие для врачей / Под ред. Акад. РАМН, проф. А.А.Баранова. - Москва, 2003. - 28 с.

3. Карлов, В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин: Руководство для врачей / В.А. Карлов. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. - С. 483-511.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Калинина Н.А.

ГГУ им. Ф.Скорины факультет психологии и педагогики

Кафедра социальной и педагогической психологии

Научный руководитель – к.п.н., доц. Г.В. Гатальская

У больных ИБС происходит формирование личностных особенностей, которые являются признаком соматогенной невротизации и нарушения социальной адаптации.

Цель: исследование личностных особенностей больных ишемической болезнью сердца.

Актуальность: по данным Всемирной организации здравоохранения за 2008 год Россия, Украина и Беларусь указаны первыми в статистике смертности от ИБС за 2004-2006 год.

Исследование личностных особенностей проводилось на двух выборочных совокупностях: мужчины трудоспособного возраста с диагнозом ИБС (30 человек), мужчины трудоспособного возраста без заболевания (30 человек). Группа пациентов с ИБС набиралась в Гомельском областном клиническом кардиологическом диспансере в 1, 2 и 3 кардиологических отделениях.

Материалы и методы. Для диагностики социально-психологических факторов была использована методика «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (Мини-СМИЛ). Мини-СМИЛ предназначен для экспресс-диагностики состояния больного в клинике. В тесте Мини-СМИЛ существует сле-

дующая интерпритация основных (десяти базисных шкал): ипохондричность (шкала 1); сниженный фон настроения/депрессия (шкала 2); истероидные черты (шкала 3); возбудимые черты (шкала 4); трудности межличностного общения и сексуальной адаптации (шкала 5); ригидность /подозрительность и конфликтность (шкала 6); повышенная тревожность/состояние тревоги (шкала 7); шизотимные особенности (шкала 8); эмоциональная незрелость/отсутствие критики к своему состоянию (шкала 9); аутичность (шкала 10).

Для выявления различий в уровне признака по шкалам Мини-СМИЛ между двумя группами испытуемых выбран критерий Стьюдента для независимых выборок; фиксация данных производилась по среднему показателю с учетом стандартного отклонения.

Результаты. У больных ИБС по сравнению с контрольной группой наблюдается достоверно ($p < 0,01$) более высокий уровень проявления следующих особенностей в личностном профиле: сосредоточенность на плохом самочувствии и ипохондричность (шкала 1) $((M \pm \sigma) = 2,2 \pm 0,8$ и $1,5 \pm 1,0$ соответственно), сниженный фон настроения (шкала 2) $(M \pm \sigma) = 2,0 \pm 0,7$ и $1,2 \pm 0,8$ соответственно), трудности межличностного общения и сексуальной адаптации (шкала 5) $(M \pm \sigma) = 2,4 \pm 1,4$ и $1,6 \pm 0,8$ соответственно), повышенный уровень тревожности и состояние тревоги (шкала 7) $(M \pm \sigma) = 2,4 \pm 1,0$ и $1,5 \pm 1,1$ соответственно).

ОДНОПОЛЮСНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Карев Б.Д., Серединская Е.Д., Побыллец А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н. доц. Д.Б.Карев

Актуальность. Медиальные переломы бедренной кости составляют 8,5% в структуре травм опорно-двигательной системы. 70-75% травмы данной локализации отмечаются у лиц пожилого и старческого возраста [1]. Многочисленные осложнения общесоматического, психического и локального характера, присущие им, создают значительные трудности в реабилитации и в 25% приводят к неудовлетворительным результатам. Ни один из современных методов остеосинтеза не позволяет осуществлять раннюю нагрузку на оперированную конечность. Поэтому альтернативой ему является первичное эндопротезирование головки бедренной кости [2].

Цель данной работы – оценка эффективности однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава в лечении пациентов с переломами шейки бедренной кости старших возрастных групп.

Материалы и методы: основаны на анализе результатов у 140 пациентов, находившихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ. По локализации: субкапитальные – 72, трасцервикальные – 36, диагональные – 32 (в 19,3% случаев отмечен оскольчатый характер перелома). У 88,2% отмечена 3-4 степень смещения по классификации Гарден, у 61,2% переломы отнесены к 3-й группе по классификации Павелс. В хирургической реабилитации пациентов использованы следующие виды эндопротезов: у 18 – Споторно, у 10 – Протек, у 100 – Остин-Мура в исполнении фирмы «Алтимед» и у 12 – металлополимерный «Неман».

Результаты прослежены в сроки от одного до десяти лет. Оценка производилась по шкале Д'Абенье и Пастелю. Положительные результаты отмечены у 125 (89,3%), неудовлетворительные – у 15 (10,7%).

Закключение. Исходя из медицинских и экономических аспектов, по отношению к пациентам старших возрастных групп с медиальными переломами бедренной кости, выполнение первичного эндопротезирования позволяет достичь в относи-

тельно короткие сроки у большинства из них восстановление функции поврежденной конечности и достичь уровня жизненной активности, предшествовавшей травме.

Литература:

1. Лирцман В.И., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. 1997, №2, – С. 12-19.

2. Partanen J, Saarenpaa I, Heikkinen T, Wingstrand H, Thorngren KG, Jalovaara P. Functional outcome after displaced femoral neck fractures treated with osteosynthesis or hemiarthroplasty: a matched-pair study of 714 patients. Acta. Orthop. Scand. 2002 Oct;73(5):496-501.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРЫ МОЗЖЕЧКА 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Карнюшко О.А., Рощевская Г.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., проф. Зиматкин С.М.

Мозжечок является центром координации движений и равновесия, а также регуляции некоторых висцеральных функций. В филогенетическом плане в нём выделяют архидеребеллум, палеодеребеллум и неодеребеллум. Они отличаются по функциональной специализации и связям с другими структурами головного мозга [1]. В предыдущих исследованиях сотрудниками кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии ГрГМУ были показаны значительные нарушения развития внутренних органов у потомства крыс с холестазом, вызванным у матери во время беременности [2].

Цель нашей работы – выяснение влияния подпеченочного холестаза матери, вызванного на 17 сутки беременности, на морфофункциональное состояние структур отделов коры мозжечка различного филогенетического возраста у потомства.

Исследование было проведено на 15-суточных крысятах, массой 20 ± 5 г. Опытные крысята были взяты от самок с экспериментально созданным холестазом (перевязка общего желчного протока на 17 сутки беременности), крысята контрольной группы получены от ложноперированных самок (лапаротомия без перевязки желчного протока в тот же срок беременности). Под эфирным наркозом животных забивали декапитацией, затем извлекали мозжечок и фиксировали в жидкости Карнуа. Далее материал заключали в парафин с последующим изготовлением срезов толщиной 10 мкм. Полученные срезы окрашивали раствором тионина по методу Ниссля и гематоксилин-эозином. Микрофотографирование препаратов осуществляли с помощью микроскопа Axioscope 2 plus и цифровой видеокамеры Leica DFC 320. Морфометрию проводили, используя программу Image Warp, а статистическую обработку данных – с помощью программы Statistica 6.0. В филогенетически старом и новом отделах коры мозжечка измеряли толщину слоев коры, количество, размеры и форму перикарионов клеток Пуркинье и их ядер.

В результате исследования не выявлено статистически значимой разницы в толщине наружного зернистого, молекулярного и внутреннего зернистого слоев коры мозжечка, а также количестве клеток Пуркинье у крысят контрольной и опытной групп, как в палео-, так и неодеребеллуме. При сравнении размеров клеток Пуркинье в палеодеребеллуме у опытных животных наблюдается достоверное уменьшение площади перикарионов (на 21%) и ядер (на 9,5%) и увеличение ядерно-цитоплазматического отношения (на 19,5%). В неодеребеллуме также обнаружено достоверное уменьшение площади перикарионов (на 21%) и ядер (на 12%) этих нейронов и увеличение ядерно-цитоплазматического отношения (на 18,3%), по сравнению с контролем. В этих же отделах коры мозжечка форма перикарионов клеток Пуркинье статистически значимо не отличалась у контрольных и опытных крысят: форм-фактор и фактор элонгации составили соответственно 0,84 и 1,3-1,4. Это свидетельствует об уменьшении размеров клеток без изменения их формы.

Таким образом, у потомства крыс с холестазом, вызванным на 17-е сутки беременности, происходит отставание роста перикарионов клеток Пуркинье во разных отделах коры мозжечка, независимо от их филогенетического возраста.

Литература:

1. Оленев, С.Н. Конструкция мозга / С.Н.Оленев. – Ленинград: Медицина, 1987. – 208 с.
2. Структурно-метаболические последствия холестаза для взрослого и развивающегося организма / Зиматкин С.М. [и др.] // Журнал ГрГМУ. – 2008. – № 4. – С. 7-9.

ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГУЛЯТОРНЫХ ВЛИЯНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Карпович О.А., Якубчик Т.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра факультетской терапии

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов пищеварения. Однако к настоящему времени окончательно не ясны аспекты патогенеза в отношении состояния тонуса вегетативной нервной системы (ВНС). Наиболее информативным неинвазивным методом, позволяющим исследовать состояние вегетативной регуляции, является анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Поэтому целью данного исследования явилось изучение особенностей регуляторных влияний ВНС у больных с язвенной болезнью в стадии обострения в зависимости от пола.

Было обследовано 60 пациентов, страдающих язвенной болезнью в стадии обострения, в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – $33,4 \pm 16,4$). Исследуемые были разделены на 2 группы. Первую группу составили мужчины ($n = 41$). Вторая группа – женщины ($n = 19$). Верификацию диагноза проводили с помощью эзофагогастродуоденоскопии. Состояние вегетативного тонуса оценивали по результатам спектрального и временного анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе «Поли-спектр». Обработка материалов осуществлялась с использованием пакета программ «Statistica 6.0». Для статистического анализа применяли медиану и интерквартильный размах в виде 25% и 75% перцентилей.

При исследовании ВРС в покое было выявлено достоверное преобладание гуморально-метаболических влияний в модуляции сердечного ритма (VLF-компонент), при сниженном уровне вагальных влияний в группе лиц мужского пола.

Вегетативный тонус пациентов мужского пола характеризовался достоверно большей общей мощностью спектра нейрогуморальных модуляций ($p < 0,005$) и вариабельностью сердечного ритма ($p < 0,05$). Баланс отделов ВНС характеризуется преобладанием активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, причём во второй группе это преобладание более выражено. Так, преобладание симпатического отдела ВНС установлено у 21 (52%) пациента из первой группы и у 15 (80%) пациентов из второй группы. При спектральном анализе ВСР выявлены достоверные различия уровня всех составляющих спектра с достоверным снижением значений высокочастотной и низкочастотной составляющих во второй группе (VLF: $p < 0,05$, LF: $p < 0,05$, HF: $p < 0,005$, LF/ HF: $p < 0,005$).

Преобладание в спектральной составляющей ВСР очень медленных колебаний (VLF-компонента) у пациентов с язвенной болезнью в стадии обострения отражает состояние напряжения функциональных систем организма. Полученные данные показывают, что при ЯБ отмечается тенденция к увеличению влияния симпатического воздействия на модуляции сердечного ритма, что определяет необходимость дальнейшего диагностического поиска.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Карчевский А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

За последние 10 лет отмечается устойчивый рост распространенности воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей более чем 20%, расширение возрастных границ в сторону «омоложения». Общепринятой концепцией этиопатогенеза этих заболеваний считается несоответствие между факторами «агрессии» и «защиты». К первым относят ацидопептическое воздействие, контаминация *Helicobacter Pylori*, гипертонус п. *vagus*, гастродуоденальная дисмоторика, сопровождающаяся рефлюксами, гипергастринемия, увеличение массы обкладочных клеток, травматизация слизистой оболочки, активация перекисного окисления липидов. К механизмам защиты можно отнести адекватную продукцию пристеночной слизи и ее состав, активную секрецию бикарбонатов, процессы физиологической регенерации клеток покровного эпителия, высокий уровень тканевой резистентности и достаточное местное кровоснабжение слизистой оболочки, дуоденально-тормозной механизм желудочной секреции. Однако при одинаковых этиологических факторах и схожих механизмах патогенеза встречаются различные степени выраженности клинических проявлений и стертое течение гастродуоденальных заболеваний у детей. Многие педиатры эти различия объясняют индивидуальными особенностями ребенка, степенью отягощенности наследственного анамнеза, различными компенсаторными возможностями, сопутствующей патологией, экологическими факторами, а также дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Желудочно-кишечный тракт богат соединительной тканью и даже при минимальных нарушениях его структуры вовлекается в патологический процесс [1].

Целью исследования было определение особенностей клинической картины хронических воспалительных заболеваний у детей на фоне ДСТ.

Исследования проводились на базе УЗ «ГОДКБ» в 2009-2011 гг. В основе работы – комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 51 пациента в возрасте от 6 до 17 лет. Дети в большинстве предъявляли жалобы на тупые, ноющие боли в животе без достаточно четкой локализации, неинтенсивного характера, отсутствие связи с приемом пищи, диспепсические проявления в виде частой тошноты, отрыжки, изжоги, а также дискинезии кишечника, свидетельствующие о длительном торпидном течении. Со стороны стула чаще наблюдались запоры, при дополнительных методах исследования в 50% случаях диагностировались аномалии развития кишечника (долихоколон, долихосигма). В 74% отмечались пузырьные симптомы, в 66% выявлялись аномалии развития желчевыводящих путей (перетяжки, перегибы, дубликатуры желчного пузыря), в то же время были зафиксированы утолщение стенок желчного пузыря с застоем содержимого. У значительной части детей (58%) выявлены клинические признаки вовлечения в процесс поджелудочной железы, что проявлялось плохим перевариванием пищи, болезненностью в зоне Шоффара, точки Кача, Мейо-Робсона. Почти у всех детей (96%) наблюдалось сочетание патологии желудочно-кишечного тракта с изменениями со стороны других систем и органов (сердечно-сосудистой, мочевыделительной, опорно-двигательного аппарата и др.), что объясняется повсеместным распространением соединительной ткани.

Таким образом, особенностями хронических заболеваний желудочно-кишечных заболеваний на фоне ДСТ являются раннее начало, длительное, упорное течение, неспецифическая клиническая картина, сочетание с патологией других систем.

Литература:

1. Трутнева Л.А., Чемоданов В.В, Особенности гастродуоденальных заболеваний у детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани //Педиатрия, 2010, №2. – С. 12-17.

ЗАВИСИМОСТЬ КАРДИОТОНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОТ КАТЕХОЛАМИНОВОГО СТАТУСА ПУПОВИННОЙ КРОВИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Каткова Е.В.

Гродненский областной клинический перинатальный центр, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Применение современных перинатальных технологий позволяет выхаживать детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Рождение недоношенного ребенка часто сопровождается нарушением витальных функций, в частности развитием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Одним из наиболее сложных этапов поддерживающей терапии в раннем неонатальном периоде является подбор необходимой кардиотонической терапии. С целью сохранения адекватной перфузии головного мозга, сердца, почек и желудочно-кишечного тракта путем повышения низкого артериального давления в практике отделений неонатальной реанимации используются такие препараты, как дофамин, добутамин, адреналин, норадреналин. Единого подхода к лечению системной гипотензии в современной литературе нет. Очевидно, что исходный уровень дофамина и его предшественников может оказывать определяющее влияние на подбор кардиотонической терапии.

Целью работы явилось определение зависимости между используемой кардиотонической терапией у недоношенных новорожденных детей и уровнем дофамина, его предшественников и метаболитов в сыворотке пуповинной крови.

Обследовано 88 новорожденных детей, из них 24 доношенных и 64 недоношенных. Среди недоношенных в сроке гестации 35-36 недель родились 12 детей, 32-34 недели – 36, менее 31 недели – 15 детей. Средняя масса тела недоношенных новорожденных детей 1799 ± 147 г, длина тела $42,7 \pm 1,0$ см. Кардиотоническая поддержка в группе недоношенных новорожденных проводилась у 20 младенцев, среди которых в сроке гестации менее 31 недели родилось 11 детей, 32-34 недели – 7, 35-56 недель – 2 детей. Контрольную группу составили 24 доношенных новорожденных ребенка, антропометрические показатели которых соответствовали возрасту. Обнаружено достоверное ($p < 0,05$) снижение содержания конечного продукта обмена дофамина – гомованилиновой кислоты, в сыворотке пуповинной крови у недоношенных новорожденных детей. Это снижение происходило при относительно одинаковых показателях самого дофамина и его предшественников в сыворотке пуповинной крови, при сравнении с контрольной группой (264 [174;469]; 826,7 [621;1071,8], соответственно). При сравнении показателей продуктов деградации дофамина в сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных детей с кардиотонической терапией и без нее, отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня дигидроксифенилуксусной кислоты у детей, которым она проводилась (291 [190;375,7] и 432,5 [292,9;653,8], соответственно).

В сыворотке пуповинной крови недоношенных новорожденных, которые нуждались в кардиотонической поддержке двумя препаратами, отмечался достоверно более низкий уровень дигидроксифенилуксусной кислоты (236,5 [190;314,8]), в сравнении с группой недоношенных детей со стабильной гемодинамикой (432,5 [292,9;653,8]). Одновременно с этим, в группе недоношенных новорожденных детей, которым проводилась кардиотоническая терапия добутамином, было выявлено достоверное снижение концентрации гомованилиновой кислоты (155 [132;294,8]) в сравнении с недоношенными детьми без кардиотонической терапии.

Таким образом, при снижении содержания предшественников и метаболитов дофамина в сыворотке пуповинной крови у недоношенных новорожденных детей формируется необходимость назначения кардиотонической терапии.

Литература:

1. Вельтищев, Ю.Е. Обмен веществ у детей / Ю.Е. Вельтищев. – Москва: Медицина, 1983. – 464 с.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Качановская А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.

На сегодняшний день актуален вопрос качества жизни пациентов, больных хроническим панкреатитом, в раннем и отдаленном послеоперационном периоде ввиду того, что изучение данной проблемы может помочь в коррекции ведения послеоперационного периода, улучшения качества жизни и увеличения продолжительности жизни оперированных больных, помочь в организации диспансерного наблюдения больных в послеоперационном периоде и улучшить качество медицинского обслуживания населения Республики Беларусь.

Цель: оценка качества жизни в до- и послеоперационном периоде оперированных больных по поводу хронического панкреатита.

Материалы и методы исследования. Для изучения данного вопроса мы проанализировали результаты лечения 80 больных в стационаре: а) клинико-анамнестические данные, б) данные лабораторной диагностики (ОАК, БАК, ОАМ), в) инструментальные данные (УЗИ, МРТ), г) методов хирургического лечения. Мы также воспользовались методом статистического анкетирования (анкета была составлена на основе вопросника SF 36), и провели анализ полученных данных.

Результаты: Произведены анализ историй болезни и обследование 80 пациентов прооперированных в УЗ «ГОКБ» в 2008-2010 годах. Градация по возрасту: 35-65 лет. По результатам анкетирования: все пациенты довольны проведенным оперативным вмешательством. Показатель физического функционирования у 73% респондентов составляет от 80-100, у 20% этот показатель составляет 70-60, у 3% опрошенных показатель ниже 60. Показатель общего здоровья 40% респондентов – выше 60, 40% отмечают 40 -50, у 20% уровень показателя ниже 40. Показатель боли выше 50 составил у 80% прооперированных, у 20% больных этот показатель составлял от 20 до 49. 44% опрошенных придерживаются диеты, 56% «нет» либо «иногда» следуют рекомендациям по коррекции питания, однако 69% отмечают, что «при нарушениях диеты возникают боли». 40% – «вынуждены проходить лечение по поводу хронического панкреатита» и в послеоперационном периоде. 19% страдают сахарным диабетом и принимают соответствующее лечение.

Выводы. Оценка качества жизни пациентов, перенесших органосохраняющие оперативные вмешательства, с помощью вопросника SF 36 (36-Item Short-Form Health Survey) позволяет адекватно оценить результаты оперативных вмешательств и свидетельствует о преимуществе органосохраняющих операций в лечении хронического панкреатита в сравнении с результатами обширных резекций поджелудочной железы, приведенных в рандомизированных международных исследованиях.

Литература:

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2003.
2. Галимзянов Ф.В., Чердяев С.А, Кусакин Д.В. Эндоскопические технологии при тяжелом панкреатите / Эндоскопическая хирургия, 2004. – №1. – С.42-43
3. Маев И.В., Казюлин А.Н. Хронический панкреатит. – М.: Медицина, 2005. – 504 с.

ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МОТИВЫ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ ВРАЧА

Кашко О.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель – к.м.н., Янковская Л.В.

Среди многочисленных факторов, влияющих на выбор профессии, особенно выделяется влияние родителей и семьи в целом. А.А. Реан отмечает, что «домашние разговоры о проблемах на работе, нередко посещения рабочего места родителей, внешние атрибуты их профессии, инструменты, сама окружающая атмосфера становятся теми средствами, с помощью которых родители, зачастую намеренно, вводят ребёнка в пространство своей профессии, что впоследствии может полностью определить его интересы и увлечения» [2]. По данным Конже [2], в США примерно 44% сыновей врачей выбирают медицинские специальности и 28% сыновей адвокатов выбирают юридическую карьеру. Целью работы явилось выявление приоритетных мотивов при выборе профессии врача.

Материалы и методы. Методом одномоментного анкетирования нами опрошено 44 студента 4-го (53,2 %) и 6-го (47,7 %) курсов ГрГМУ и 18 молодых специалистов врачей. Опрос проводился при помощи методики «Мотивы выбора профессии» [1]. Испытуемым предлагалось оценить по 5-балльной шкале каждое из 20 утверждений, характеризующих либо: 1. внутренние индивидуально значимые мотивы (ВНИЗМ); 2. внутренние социально значимые мотивы (ВнСЗМ); 3. внешние положительные мотивы (ВПМ); 4. внешние отрицательные мотивы (ВОМ). Каждый из мотивов оценивался по ответам на 5 вопросов. Максимальная сумма баллов указывала на преобладающий вид мотива. Статистическая обработка результатов опроса осуществлялась с помощью программы «STATISTIKA 7.0».

Результаты: Для студентов и молодых специалистов определяющим при выборе профессии врача послужили как ВНИЗМ (средний балл $14,84 \pm 3,56$ и $15,11 \pm 3,34$ соответственно), так и ВнСЗМ (средний балл $14,09 \pm 3,40$ и $15,67 \pm 3,76$ соответственно), которые были выше ($p < 0,001$) любых внешних мотивов. При этом приоритетным ВНИЗМ явилось утверждение, что профессия врача «способствует умственному развитию», показывая, что еще в студенчестве складывается понимание того, что врачу надо много и продолжительно учиться. Во ВнСЗМ наибольшее количество баллов набрало утверждение «дает возможности приносить пользу людям», склоняя к тому, что к 4,6 курсам остались учиться и начали работать молодыми специалистами те, кто пошли в медицину по призванию. Как у студентов, так и у молодых специалистов среди менее значимых ВПМ ($11,27 \pm 3,62$ и $10,11 \pm 2,93$ бала соответственно) приоритетным явилось утверждение, что эта профессия «позволяет использовать профессиональные умения вне работы», а среди ВОМ ($11,55 \pm 3,32$ и $9,94 \pm 1,70$ бала соответственно) приоритетным явилось утверждение – «нравится родителям». Это согласуется с литературными данными и подтверждает факт, что часто родители не только служат собственным примером для выбора профессии детьми, но и дети выбирают то, что «нравится родителям» (43,2 % студентов и 27,8% молодых специалистов). Установлены умеренные прямые корреляционные взаимосвязи между внутренними и ВПМ: ВНИЗМ и ВПМ ($r = 0,44$; $p < 0,05$), ВнСЗМ и ВПМ ($r = 0,41$; $p < 0,05$).

Таким образом, приоритетными мотивами при выборе профессии врача являются внутренние индивидуально и социально значимые мотивы, которые взаимосвязаны как с внешними положительными, так и внешними отрицательными мотивами.

Литература:

1. Мотивы выбора профессии [Электронный ресурс]. – Прогр. (620Кб). – Москва: ГОЦПОМ, Н.В.Соловьев, 2007г.
2. Реан, А.А. Психология подростка / А.А. Реан. – М., 2003. С. 243.

ИСХОДЫ РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Клим Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Яговдик И.Н.

Тема многоплодной беременности не утратила до сегодняшнего дня своей актуальности, поскольку вероятность погибнуть у ребенка из двойни или тройни даже сейчас в пять раз выше, чем у ребенка из одноплодной беременности. Актуальность проблемы заключается в значительной частоте осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, высоком уровне антенатальных потерь в разные гестационные сроки, большой частоте неврологических нарушений у родившихся детей.

Целью исследования явился анализ исходов родов при многоплодной беременности по материалам УЗ «ГОКПЦ» за 2010г.

По результатам исследования получены следующие данные. Количество родов при многоплодной беременности в 2010 г. – 56, что составило 1,87% от общего количества родов. Частота преждевременных родов составила 41,9% (24 случая). У 21 женщины роды проведены через естественные родовые пути. Особенности родов: 15 (71,4%) эпизиотомий по поводу угрожающего разрыва промежности и в программе ведения преждевременных родов, 2 случая (9,5%) ручного отделения плаценты по поводу частичного плотного прикрепления.

Оперативным путем были родоразрешены 35 (62,9%) беременных, из них кесарево сечение в плановом порядке выполнено 27 (77,1%) пациенткам, в экстренном порядке – 8 (22,9%). Показаниями для планового кесарева сечения послужили: неправильное положение плодов 25 (92,6%) случаев, беременность после ЭКО – 2 (9,5%) случая. Показаниями для экстренной операции кесарева сечения были недоношенная беременность и ножное предлежание обоих плодов при преждевременном излитии околоплодных вод – 6 (75%), острая интранатальная гипоксия плодов – 1 (12,5%), длительно текущий гестоз, не поддающийся терапии – 1 (12,5%). Осложнений послеродового периода не выявлено.

За 2010 г. от многоплодных беременностей родилось всего 113 живых детей, из них доношенные составили 64 (56,6%), недоношенных 49 (43,4%). Все новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар 8 – 9 баллов.

Таким образом, проведенный анализ отражает высокую частоту преждевременных родов и оперативного родоразрешения при многоплодной беременности. Удовлетворительное состояние новорожденных при рождении свидетельствует о верно выбранной тактике ведения беременности и родов при многоплодии.

Литература:

1. Егорова, О.А. Течение беременности и родов у женщин с многоплодной беременностью: Автореф. дисс. канд.мед.наук. – М, 2002. –20 с.
2. Макарова, Е.Е. Исходы многоплодной беременности для плода и новорожденного / Е.Е.Макарова, В.И.Гудимова // Рос. вест. акуш.-гинеко. – 2001. – №1. – С. 15-16.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТА МЕДВУЗА К УЧЕБНОМУ ДИСТАНТНОМУ ОБЩЕНИЮ

Кобылянская А.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – д.п.н., доцент Король А.Д.

Проблема мотивации общения широко представлена в психологических исследованиях, но ее педагогический аспект: мотивация студента к общению – практически не изучен. В особенности важной и малоисследованной является проблема мотивации к общению в дистанционных формах обучения.

Целью данной работы является исследование факторов повышения мотивации к дистанционному учебному общению студентов медицинского университета.

Применительно к образованию следует разграничить понятия мотивации к коммуникации и мотивации к общению. Мотивация к коммуникациям возникает между двумя или более различными информационными источниками. Однако, этого условия недостаточно для мотивации к общению. Так, информационный гипертекст Википедия содержит бесконечно большое количество самой различной информации, однако не содержит в себе прямого личностного контакта, личностного начала, в отличие, например, от свободных текстов в системе развивающего обучения С. Френе. В гипертексте есть мотив к коммуникациям, но практически нет мотива к общению, условиями которого являются «свободные, уникальные и ценные друг для друга субъекты» (М.С.Каган).

Количественными и качественными критериями оценки мотивации студента к учебному дистанционному общению являлись: образовательный продукт студента (отражает степень его творческой самореализации), вопросы, доказательства и опровержения, задания с целью организации форумного общения, степень соответствия начальных целей изучения темы предмета итоговым рефлексиям.

На основе анализа форумных коммуникаций (89 тем, 2000 сообщений) студентов медвуза за период 2008-2010 уч.гг. было выявлено, что мотивация студента вести дистантный учебный диалог определяется:

- Величиной «раздражителя» – степенью открытости задания и наличия в нем личностно-значимого смысла для студента.
- Быстротой нарастания «раздражителя» – динамикой рождения нового знания в диалоге его участников, степенью отклонения нового знания от исходных смыслов и знаний каждого субъекта.
- Частотой обмена реплик участниками (синхронность и асинхронность общения).

На основе изложенного можно сделать вывод о том, что основным фактором, способствующим повышению мотивации студента к учебному дистанционному общению, является степень «открытости» содержания образования, способной вызывать личностное образовательное движение студента и его внутреннее приращение. Открытые задания способствуют развитию мотивации к общению, поскольку содержат механизмы самореализации учащегося.

Литература:

1. Каган М.С. О педагогическом аспекте теории диалога // Диалог в образовании. Сборник материалов конференции. Серия “Symposium”, выпуск 22. СПб., 2002.
2. Король, А.Д. Диалог в образовании: эвристический аспект. Научное издание [Текст] / А.Д.Король. – М. : ЦДО «Эйдос», Иваново : Издательский центр «Юнона», 2009. – 260 с. (15,11 п.л.).
3. Интернет-уроки. Поурочные разработки участников Всероссийского конкурса «Дистанционный учитель года» / под ред. А.В. Хуторского, А.Д.Короля – М.: ЦДО «Эйдос», 2010. – 152 с. (Серия «Интернет в обучении»).

ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ АМИНОКИСЛОТ В ПЕЧЕНИ И В СТВОЛЕ МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ. КОРРЕКЦИЯ ДИСБАЛАНСА АМИНОКИСЛОТ СОВМЕСТНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ТАУРИНА И СУЛЬФАТА ЦИНКА

Ковалик С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – доц., к.б.н. Дорошенко Е.М.

Актуальность: Аминокислотный дисбаланс играет важную роль в патогенезе нейрохимических сдвигов в ЦНС, которыми сопровождается хроническая алкогольная интоксикация. Коррекция дисбаланса содержания аминокислот и их производных может считаться необходимым компонентом метаболической терапии алкогольной зависимости.

Цель: Определить характер и направленность изменений содержания свободных аминокислот в печени и стволе мозга при хронической алкогольной интоксикации, и изучить гепато- и нейропротекторные свойства совместного введения таурина и сульфата цинка.

Задачи: Исследовать спектр свободных аминокислот и родственных соединений в печени и стволе мозга крыс после совместного введения таурина и сульфата цинка на фоне хронической алкогольной интоксикации.

Методы исследования: В эксперименте использованы 18 белых крыс гетерогенной популяции, находящиеся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. Хроническую алкогольную интоксикацию моделировали 8-дневным внутрижелудочным введением 25% раствора этанола. За 12 ч до забоя крысам однократно внутрижелудочно вводили таурин (100 мг/кг) и сульфат цинка (100 мг/кг). Уровни свободных аминокислот определяли в безбелковых экстрактах среднего мозга и печени крыс методом обращено-фазной ВЭЖХ после предколоночной дериватизации с о-фталевым альдегидом и 3-меркаптопропионовой кислотой и детектированием по флуоресценции. Статистическую обработку проводили с помощью Т-теста для независимых выборок после проверки нормальности выборки и с учетом сравнения дисперсий.

Результаты: В печени при хронической алкогольной интоксикации наблюдалось повышение уровней Glu, Ala, Tyr, Met, Phe, Leu, Pro, что свидетельствует о аминокислотном дисбалансе, вызванной алкогольной интоксикацией, и сопровождается в стволе мозга повышением содержания His, Tyr, Met, снижением – Thr. Повышенные концентрации Tyr и Met указывают на развитие нейропсихических расстройств [1]. Совместное введение таурина и сульфата цинка приводит к более выраженному повышению уровней Pro, Leu в печени. По сравнению с хронической алкогольной интоксикацией имело место достоверное снижение содержания GABA, повышение содержания аААА. Повышение концентрации Leu свидетельствуют о гепатопротекторном действии совместного введения таурина и сульфата цинка. В стволе мозга совместное введение таурина и сульфата цинка приводило к снижению концентрации EA, Pro.

Выводы:

1. Хроническая алкогольная интоксикация вызывает аминокислотный дисбаланс в печени и стволе мозга.
2. Таурин и сульфат цинка при совместном введении можно рассматривать как основу для создания лекарственного средства, обладающего гепато- и нейропротекторной активностью.

Литература:

1. Конн Г.О., Либертал М.М. Синдромы печеночной комы и лактулоза // М.: Медицина. – 1983. – С.107-132.
2. Шейбак В.М. Некоторые итоги изучения биологической активности композиции «Тауцинк» // Журнал ГГМУ – 2007. – №1. – С.110-112.
3. Дорошенко Е.М., Разводовский Ю.Е., Смирнов В.Ю., Шейбак В.М. Эффекты аминокислотных композиций на спектр нейрохимических аминокислот в мозге крыс при хронической алкогольной интоксикации // Журнал ГГМУ – 2007. – №1. – С.129-135.

ДИНАМИКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Коваль М.И., Матвейчик А.И., Видергольд Д. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – ассист. Демидик С.Н.

Актуальность. Тип адаптационной реакции (АР) является показателем общей резистентности организма и используется как критерий оценки воздействия биологических, фармакологических и других раздражителей.

Цель и задачи. Провести сравнительный анализ показателей АР у пациентов с ограниченными (ОФ) и распространенными формами туберкулеза. Оценить влияние иммуномодулятора циклоферона на показатели адаптационных реакций.

Методы исследования. Обследовано 115 больных туберкулезом легких. Все пациенты разделены на 3 группы: 35 больных с ОФ туберкулеза легких (очаговый туберкулез); 80 пациентов с распространенными формами, из которых 42 получали только химиотерапию – группа сравнения (ГС) и 38 пациентов на фоне химиотерапии получали циклоферон 125 мг/мл по 2,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки по схеме – основная группа (ОГ).

Тип адаптационной реакции определяется по абсолютному количеству лимфоцитов периферической крови. Реакция стресса (РС) характеризуется количеством лимфоцитов менее $1,2 \times 10^9/\text{л}$, реакция тренировки (РТ) – $1,21\text{--}1,5 \times 10^9/\text{л}$, реакция активации (РА) – $1,51\text{--}3,5 \times 10^9/\text{л}$, Реакция перетренировки (РП) – более $3,5 \times 10^9/\text{л}$. РС и РП всегда считаются неполноценными. Неполноценность РТ и РА дополнительно определяется по наличию лейкоцитоза, лейкопении, эозинофилии, моноцитоза, палочкоядерного сдвига и токсической зернистости нейтрофилов [1]. Для более эффективной оценки динамики рассчитан показатель общего количества полноценных (РА и РТ) и неполноценных (РС, РП, РАН и РТН) типов АР (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Динамика общего количества полноценных и неполноценных типов адаптационных реакций у больных туберкулезом легких

Типы реакций	Ограниченные формы		Распространенные формы			
			Группа сравнения		Основная группа	
	до лечения	через 2 месяца	до лечения	через 2 месяца	до лечения	через 2 месяца
Общее количество полноценных АР	37%	57,5%	38%	45,2%	36,9%	63,1%
Общее количество неполноценных АР	63%	42,5%	62%	54,8%	63,1%	36,9%

До лечения общий уровень неполноценных реакций при ОФ, в ОГ и ГС был высоким 63%, 63,1% и 62%, что отражает нарушения резистентности в организме в ответ на специфический процесс. После курса химиотерапии в сочетании с циклофероном он снизился в ОГ почти в 2 раза до 36,9%, $p=0,02$. В ГС снижение незначительное до 54,8%. Аналогично увеличение полноценных АР, свидетельствующее о значительном повышении уровня резистентности в ОГ, и незначительном – в ГС. В группе ОФ на фоне химиотерапии отмечается снижение неполноценных типов реакций до 42,5% и рост полноценных реакций без иммуностропной терапии на 55%.

Выводы. Применение циклоферона в комплексном лечении больных туберкулезом привело к повышению полноценных типов АР (реакции тренировки и активации), что способствует росту общей резистентности и эффективности лечения. У больных с ОФ туберкулеза увеличение полноценных типов АР отмечается без назначения циклоферона.

Литература:

1. Браженко, Н.А. Фтизиопульмонология / Н.А. Браженко, О.Н. Браженко.- М., 2006. – 232 с.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Ковальчук Т.В., Смотрин И.С., Рум Е.Т.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Смотрин С.М.

На современном этапе оказания медицинской помощи больным с варикозной болезнью широко используются эндоскопические и лазерные технологии [1].

Цель исследования. Изучение возможности использования лазерного аппарата «Пульсар» для эндо – и паравазальной коагуляции варикозно измененных вен.

Материал исследования. Нами проведен анализ эффективности использования в комплексном лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей лазерного аппарата «Пульсар» ТУ РБ 100230 590. 087 – 200 изм «1», длина волны рабочего излучателя 1064 нм, диапазон регулировки энергии 0,1 – 1 Дж. В рабочую зону излучение доставляется гибким моноволоконным световодом с диаметром светопроводящей жилы 0,6 мм. Проведено лечение 31 больного в возрасте от 20 до 67 лет. Из них женщин было 21, мужчин – 10. По международной классификации СЕАР двое больных были отнесены к классу С-1, 22 больных – к классу С-2 и 7 больных – к классу С-4. Удаление магистрального ствола большой подкожной вены осуществляли по классической методике. Крупные притоки разрушали методом эндовазальной коагуляции путем проведения световода в вену с помощью специально разработанного устройства (рацпредложение № 408 от 08.02.10). Мелкие притоки подвергались паравазальной коагуляции в режиме 500 мДж, частота 15 Гц.

Результаты. Во время операции в 2 случаях при паравазальной коагуляции вен отмечен локальный ожог кожи. Данное осложнение возникло в режиме 750 мДжс частотой 20 Гц. Изменение режима коагуляции в пределах 500 мДж, частота 15 Гц в последующем позволило избежать данного осложнения. При эндовазальной коагуляции притоков большой и малой подкожных вен ожогов кожи не наблюдали. В послеоперационном периоде воспалительных инфильтратов в зоне эндо- и паравазальной коагуляции вен не отмечено. Следует отметить хороший косметический эффект от эндо- и паравазальной коагуляции варикозно измененных вен.

Заключение. Отечественный лазерный аппарат «Пульсар» может быть использован при лечении больных с варикозной болезнью для эндо- и паравазальной коагуляции поверхностных вен.

Литература:

1. Косинец, А.Н. Варикозная болезнь / А.Н.Косинец, С.А.Сушков.- Витебск: ВГМУ, 2009.- 415 с.

ПРИЧИНЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Ковальчук К.В., Стельмашук А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к. м. н., доц. Иодковский К.М.

Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний с целью выявления внутриутробного поражения плода тяжелым заболеванием и предупреждение его рождения – приоритетный и эффективный метод уменьшения детской заболеваемости, инвалидности и смертности [1]. Дети с врожденными и наследственными заболеваниями – это во всех случаях дети «с ограниченными возможностями», лечение, воспитание и социальная адаптация которых требует значительных усилий от семьи и государства [2].

Цель исследования: выявить причины прерывания беременностей при врожденных пороках развития плода по материалам Гродненского областного перинатального центра.

Нами произведён анализ УЗИ беременных женщин в разные сроки беременности за 2008 – 2009 года. Из 10 тысяч всех обследованных женщин у 309 (3,09%) беременных выявлены врождённые пороки развития (ВПР) плода. Прерываний беременности по медицинским показаниям произведено 144 (46,6%).

Чаще всего производились прерывания беременности при выявлении МВПР: из 55 выявленных – 47 (32,6%) прерываний. При выявлении аномалий развития нервной системы (42 выявлено) прерываний – 36 (25%); при хромосомных аномалиях (16 выявлено) прерываний – 16 (11,1%); при аномалиях системы кровообращения

(25 выявлено) прерываний – 14 (9,73%); при аномалиях развития костно-мышечной системы (25 выявлено) прерываний – 14 (9,73%); при выявлении шейной цистогигромы (7 выявлено) прерываний – 7 (4,86%); при аномалиях мочевыделительной системы (86 выявлено) прерываний – 5 (3,5%); при выявлении аномалий развития дыхательной системы (3 выявлено) прерываний – 3 (2,08%); при двухсторонних расщелинах губы и неба (8 выявлено) прерываний – 2 (1,4%).

Выявление аномалий, которые стали причиной прерывания беременности, происходило в следующие сроки: 16-20 недель (76 выявлено) прерываний – 60 (41,66%); 21-25 недель (71 выявлено) прерываний – 51 (34,42%); 11-15 недель (26 выявлено) прерываний – 25 (17,36%); 26-30 недель (51 выявлено) прерываний – 8 (5,56%).

Выводы:

1. Прерывание беременностей больше всего производилось при врожденных аномалиях развития нервной системы (25%), а в случае МВПП – при сочетании аномалий развития системы кровообращения и костно-мышечной системы.

2. Наибольший процент выявления аномалий развития, которые привели к прерыванию беременности, наблюдается в сроки 16-20 недель (41,66%).

Литература:

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний : методическое пособие для врачей / Воронин С.В. [и др.] ; ГУЗ Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (материнства и детства), Владивостокский ГМУ. – Владивосток, 2008. – 51 с.

2. Основы пренатальной диагностики / Е.В. Юдина [и др.] ; под общ. ред. Е.В. Юдиной. – М. : Реальное время, 2002. – 184 с.

ОСОБЕННОСТЬ ФЕНОТИПА И ПОРОКИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Козлова Т.А., Иодковская А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

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

В странах с высоким уровнем неонатальной и пренатальной помощи детям наследственная и врожденная патология занимает одно из первых мест в структуре младенческой и перинатальной смертности [1]. Хромосомные болезни – это большая группа наследственных болезней, клинически характеризующихся множественными врожденными пороками развития. В их основе лежат хромосомные или геномные мутации [2]. Наиболее часто диагностируемый хромосомный синдром – это синдром Дауна. К настоящему времени данный синдром изучен достаточно полно, так как представляет собой одну из самых частых хромосомных болезней (встречается среди новорожденных с частотой 1:700 – 1: 800) [2].

Целью данного исследования явилось: изучение наиболее часто встречающихся фенотипических признаков при синдроме Дауна; выявление основных врожденных пороков развития внутренних органов при данном синдроме.

Нами проанализировано 37 историй болезни детей с синдромом Дауна в возрасте от 1 мес. до 16 лет за период с 2005 по 2010 год. Проведено описание фенотипа у 24 детей с синдромом Дауна, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ». Анализ фенотипа проводился по 17 основным признакам. Монголоидный разрез глаз диагностирован у 19 (79,2%) детей, эпикант – у 19 (79,2%), плоское лицо – у 22 (91,6%), короткий нос – у 10 (41,6%), плоская переносица – у 12 (50,0%), брахицефалия – у 19 (79,2%), плоский затылок – у 19 (79,2%), диспластичные ушные раковины – у 10 (41,2%), пятна Брушфильда – у 5 (28,0%), «высокое небо» – у 14 (58,0%), короткая широкая шея – у 11 (45,8%), клинодактилия мизинца – у 16 (66,6%), брахидактилия – у 17 (70,8%), гиперподвижность суставов – у 19 (79,2%), деформация грудной клетки (килевидная или воронкообразная) – у 19 (79,2%), мы-

шечная гипотония – у 19 (79,2%), наличие у ребенка поперечной ладонной складки – у 11 (45,8%). Полученные нами данные согласуются с литературными [2].

Врожденные пороки сердца у детей с синдромом Дауна в Гродненской области диагностируются у каждого второго ребенка (45,9%) детей; пороки органов пищеварения у каждого третьего ребенка (29,7%); мочеполовой системы – у каждого пятого (24,3%). Структура выявленных пороков сердца следующая: дефект межжелудочковой перегородки – 9 (24,3%) детей, дефект межпредсердной перегородки – 6 (16,2%), стеноз легочной артерии – 4 (10,8%), атриовентрикулярная коммуникация – 4 (10,8%), дисплазия створок митрального клапана – 2 (5,4%), сочетанный порок сердца – 8 (21,6%). Атрезия тонкой кишки диагностирована у 6 (16,2%), гипоплазия передней брюшной стенки – у 6 (16,2%), высокая кишечная непроходимость – у 6 (16,2%), пупочная грыжа – у 12 (32,4%), долихомегаколон – у 6 (16,2%), гидронефроз – у 4 (10,8%), пиелозктазия – у 11 (29,7%), крипторхизм – у 11 (29,7%), удвоение почки – у 4 (10,8%), клапан задней уретры – у 4 (10,8%), паховая грыжа – у 4 (10,8%).

Таким образом, из пороков развития внутренних органов чаще всего у детей с синдромом Дауна диагностируются пороки сердечно-сосудистой системы ($p < 0,05$).

Литература:

1. Баранов, В.С. Современные алгоритмы пренатальной диагностики наследственных болезней: метод. реком. / В.С. Баранов, Т.В. Кузнецова, Т.Э. Иващенко; под ред. В.С. Баранова, Э.К. Айламазяна. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. – 80с.
2. Бочков, Н.П. Клиническая генетика / Н.П. Бочков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 448 с.

ВАРИАНТЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Козловская А.В., Ложко П.П., Мармыш В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – зав. кафедрой, к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.

Артериальное кровоснабжение толстой кишки имеет свои особенности и варианты, знание которых может оказать несомненную пользу в хирургической практике.

Толстая кишка кровоснабжается из систем двух брыжеечных артерий – верхней и нижней. Нами проанализированы кровоснабжение толстой кишки и способы фиксации её флангов. В половине случаев подвздошно-ободочная артерия заканчивается в виде известных концевых артерий, а во второй половине образует так называемый «остров» (термин Гиртля). Последний возникает в результате деления подвздошно-ободочной артерии на 2 ветви, которые дистальнее анастомозируют между собой. Форма «острова» чаще овальная, размеры его длины колеблются от 2,4 до 5,6 см, ширины от 0,8 до 3 см. Характерной особенностью является отхождение от дистальных его сторон от 2 до 8 ветвей к различным отделам илеоцекального угла. Терминальный отдел подвздошной кишки на протяжении 6–8 см от илеоцекального угла кровоснабжается из подвздошной ветви подвздошно-ободочной артерии. Восходящая ободочная кишка при мезоперитонеальном положении в подавляющем большинстве случаев получает артериальную трофику из хирургической аркады. Правая ободочная артерия выражена лишь в 12 наблюдениях из 71. Средняя ободочная артерия отходит от верхней брыжеечной артерии дистальнее нижнего края поджелудочной железы на 1,5–6 см, вступает в брыжейку поперечной ободочной кишки и направляется к правому изгибу. На расстоянии 2,7–5,6 см от начала она делится на восходящую (левую) и нисходящую (правую) ветви равного диаметра. Такая топография артерии характерна для мезоперитонеального положения правого изгиба ободочной кишки. При интраперитонеальном положении обоих изгибов ободочной кишки постоянно наблюдается наличие добавочных средних ободочных артерий, которые пересекают бессосудистую зону брыжейки поперечной ободочной кишки в

разных направлениях. Добавочные артерии отходят от верхней брыжеечной, направляются к средней трети поперечной ободочной кишки либо отклоняются влево к левому её изгибу. Нижняя брыжеечная артерия при мезоперитонеальном положении нисходящей ободочной кишки в 77% случаев имеет рассыпной тип ветвления и в 23% – смешанный. При смешанном положении нисходящей ободочной кишки тип ветвления артерии в 26,6% рассыпной, в 60% – смешанный и в 13,4% – магистральный. При интраперитонеальном её положении: в 21,4% отмечены рассыпной и смешанные типы ветвления и в 57,2% – магистральный. Сигмовидная ободочная кишка кровоснабжается из одноимённых артерий, количество которых колеблется от 1 до 5. Самая дистальная сигмовидная артерия давно привлекает к себе пристальное внимание исследователей непостоянством анастомоза своей нисходящей ветви с верхней прямокишечной артерией. На нашем материале хирургическая аркада ректосигмовидного отдела толстой кишки была разомкнута в 23 случаях из 71 (32,4%). Прямая кишка снабжается кровью главным образом из верхней прямокишечной артерии. Последняя является прямым продолжением нижней брыжеечной артерии. Начальный диаметр верхней прямокишечной артерии составляет в среднем 3–4 мм. На расстоянии 1–5 см от своего начала артерия делится чаще на 2 ветви (правую и левую) диаметром 2–3 мм каждая. Ветви расходятся под углом 20–45°. Нередко верхняя прямокишечная артерия делится на 3 ветви: правую, левую и заднюю. Положение их соответствует 3, 7 и 11 ч по циферблату, где часто формируются геморроидальные узлы.

Таким образом, можно сказать, что артериальное кровоснабжение толстой кишки при интраперитонеальном положении её флангов отличается от такового при мезоперитонеальном.

АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ГРГМУ К РОЛИ ГРИБОВ В ПИТАНИИ И ВОЗНИКНОВЕНИИ ПИЩЕВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Козловская А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ст. преп. Губарь Л.М.

В Беларуси грибы издавна считали здоровой и полезной пищей, заменяющей мясо и рыбу. Грибы вкусны, полезны для здоровых людей, содержат все необходимые организму макро- (белки, жиры, углеводы) и микронутриенты (минеральные вещества и витамины). Но грибы могут быть и опасны как источники пищевых отравлений, которые отличаются тяжелым течением и высокой летальностью, чем и привлекают к себе особое внимание врачей.

Цель исследования. Изучить отношение студентов II-III курсов ЛФ и МДФ ГРГМУ к вопросам о роли грибов в питании человека и возникновении пищевых отравлений.

Материалы и методы. Мы провели добровольное анкетирование среди 100 респондентов по 15 вопросам. Ответы были следующими. Вопросы: 1. «Считаете ли Вы сбор грибов увлечением?»: 1% – да, 29% – нет. 2. «Собираете ли Вы грибы для заработка?»: 2% – да, 12% – иногда и 86% – нет. 3. «Вы предпочитаете собирать грибы в лесу или покупать на рынке?»: 56% предпочитают собирать, 14% – покупать и 30% – по-разному. 4. «Грибы – это накопители радиации?»: да – 65%, нет – 15% и 20% затруднились ответить. 5. «Собираете ли Вы грибы в зонах повышенной радиоактивности?»: 10% – да, 79% – нет и 11% – иногда. 6. «Присутствуют ли в Вашем рационе питания грибы?»: 65% – да, 33% – иногда и 2% – нет. 7. «Вы легко разграничиваете съедобные и несъедобные грибы?»: 65% – да и 35% – нет. 8. «Какие виды грибов Вы предпочитаете?»: 68% – общеизвестные грибы, 6% – малоизвестные и 26% – разные. 9. «Какие грибы Вы собираете по зрелости?»: 48% – предпочтение молодым грибам, а 52% – всяким. 10. «В каком виде обычно употребляете грибы?»: 35% – в блюдах, 16% – маринованные, 15% – вареные, 5% – сушеные, 4% – сырые и

25% – в разных видах. 11. «Отмечались ли случаи отравления грибами у Вас лично?»: у 13% – да, у 87% – нет. 12. «Отмечались ли случаи отравления грибами у Ваших родственников или знакомых?»: у 29% – да, а у 71% – нет. 13. «Знаете ли Вы о первой медицинской помощи при отравлении грибами?»: 57% – да, 8% – не знают и 35% – плохо осведомлены. 14. «Обладают ли грибы лечебными свойствами?»: 30% – да, 40% – нет и 30% – затруднились ответить. 15. «Какие грибы Вы считаете более полезными?»: 93% – лесные, 7% – выращенные человеком.

Результаты. Мы выяснили, что больше половины опрошенных студентов считают сбор грибов увлечением, а не заработком. Большая часть респондентов хорошо осведомлены о радиоактивной опасности грибов, но подвергают себя опасности из-за неумения различить съедобные и несъедобные грибы, не придают значения при сборе качеству грибов (собирают старые и малоизвестные грибы). Многие студенты сталкивались с отравлениями грибами лично или у родственников, но, к сожалению, плохо осведомлены о первой медицинской помощи при этом заболевании. Значительная часть респондентов не обладают сведениями о лечебных свойствах грибов.

Выводы. На основании полученных результатов мы пришли к выводу, что необходимо заинтересовать студентов в повышении знаний о роли грибов в питании и профилактике пищевых отравлений.

Литература:

1. Богоявленский В.Ф. Клиническая диагностика и неотложная терапия острых отравлений. / В.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский // М, 2002. -128 с.
2. Пивоваров Ю.П. Гигиена и основы экологии человека. /Ю.П. Пивоваров, В.В. Королик, Л.С. Зиневич // М, 2008. – 528 с.

ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ НОВОГО ПРОИЗВОДНОГО ДЕКАГИДРОХИНОЛИНА НА ХЛОРИДКАЛЬЦИЕВОЙ И АКОНИТИНОВОЙ МОДЕЛЯХ АРИТМИИ У КРЫС

Козловская А.В., Ложко П.П., Лушко А.В., Чилимцев А.М., Гайдук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Вдовиченко В.П.

Общеизвестно, что сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения промышленно развитых стран мира. Сердечные тахикардии усложняют течение и ухудшают прогноз большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Так, известно, что не менее 80% смертности от инфаркта миокарда приходится на осложнение его течения сердечными аритмиями. Поэтому актуальность поиска новых противоаритмических средств среди веществ самого различного химического строения, в т. ч. и среди декагидрохинолиновых производных, несомненна.

В данной работе изучалось противоаритмическое действие производного декагидрохинолина (условное название веществ: ФАВ-67) на двух основных экспериментальных моделях аритмий у белых крыс – хлоридкальциевой и аконитиновой. Хлоридкальциевую аритмию получали путём введения в бедренную вену белых крыс обоего пола, массой 140-220 г, наркотизированных тиопенталом натрия 50 мг/кг ампульного 10% раствора хлорида кальция в дозе 300 мг/кг веса. В контроле все 100% животных погибали на фоне жёсткой желудочковой аритмии. Исследуемые вещества вводили в бедренную вену за 3 минуты до аритмогена. Учитывали % выживших крыс, продолжительность жизни погибших животных и латентный период аритмии. Количество выживших крыс при дозе ФАВ-67 20 мг/кг составило 67%, у всех остальных крыс зафиксировано статистически достоверное удлинение жизни. Эталонный антиаритмик лидокаин в дозе 10 мг/кг обеспечивал выживание 60% крыс и удлинение жизни остальных 40% крыс, в дозе 5 мг/кг – выживали все крысы 100%. Аконитиновую аритмию получали путем внутривенного введения крысам аконитина

гидробромида. Доза аконитина варьировала 20- 40 мкг/кг, т. к. подбиралась таким образом, чтобы у контрольных крыс аритмия возникала через 1-3 мин. после введения этого аритмогена. Обнаружен 100% профилактический эффект ФАВ-67 на данной модели аритмии, т. е. аритмия после введения ФАВ-67 в дозе 20 мг/кг у крыс не возникала. Эталонный антиаритмик хинидин в дозах 10 мг/кг, 20 мг/кг и 30 мг/кг вызывал лишь удлинение латентного периода аритмии, соответственно, у 40%, 100% и 40% опытных крыс. У лидокаина 5-15 мг/кг антиаритмическое действие на аконитиновой модели аритмии отсутствовало.

Таким образом, ФАВ-67 активен и на хлоридкальциевой (модель желудочковой аритмии), и аконитиновой (предсердно-желудочковой аритмии) моделях аритмии, т. е. превосходит по широте антиаритмического действия эталонные препараты хинидин и лидокаин. Кроме того, на аконитиновой модели аритмии ФАВ-67, в отличие от этих эталонных веществ, обладает уникальным эффектом – обеспечивает профилактику возникновения аритмии. На хлоридкальциевой модели аритмии ФАВ-67 несколько уступает лидокаину, однако превосходит хинидин. Следовательно, высокая противоаритмическая активность и широкий спектр противоаритмического действия ФАВ-67 указывают на актуальность дальнейшего углублённого изучения этого вещества, как потенциального пригодного для клинического применения антиаритмического вещества.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОГО АЛГОРИТМА ДЛЯ ЧИСЛЕННЫХ РАСЧЕТОВ ВТОРОГО ВИРИАЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА

Козырская В.А., Шарейко А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к. физ.-м. н., доц. Клинецвич С.И.

Из классической термодинамики известно, что знание второго вириального коэффициента (ВВК) позволяет записать приближенное выражение уравнения состояния реальных газов в виде:

$$p \approx \frac{RT}{V} \left(1 + \frac{B_2}{V} \right), \quad (1)$$

где p – давление, T – абсолютная температура, V – молярный объем газа, R – универсальная газовая постоянная, B_2 – ВВК.

Методами статистической физики получено выражение для ВВК:

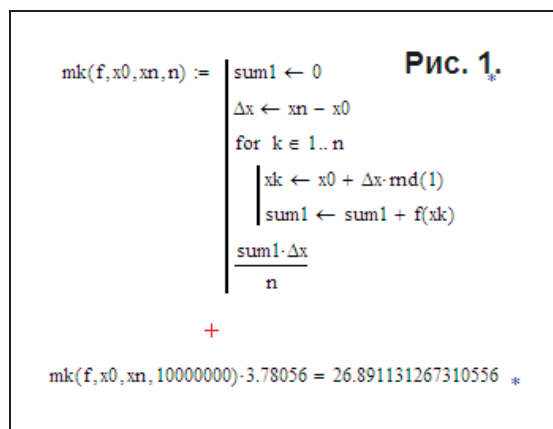
$$B_2 = 2\pi N_A \int_0^{\infty} r^2 \left(1 - e^{-\frac{E_p(r)}{kT}} \right) dr \quad (2)$$

где r – расстояние между молекулами, $E_p(r)$ – межмолекулярный потенциал, N_A – число Авогадро, k – постоянная Больцмана, T – абсолютная температура.

Для численных расчетов по формуле (2) нами использовался в качестве потенциала межмолекулярного взаимодействия модифицированный потенциал Леннарда-Джонса:

$$E_p(r) = 4\varepsilon \left\{ \left[\left(\frac{\sigma}{r} \right)^{12} - \left(\frac{\sigma}{r} \right)^6 \right] + \left[6 \left(\frac{r}{R_c} \right)^{12} - 3 \left(\frac{r}{R_c} \right)^6 \right] \left(\frac{r}{R_c} \right)^2 - \left[7 \left(\frac{r}{R_c} \right)^{12} - 4 \left(\frac{r}{R_c} \right)^6 \right] \right\}, \quad (3)$$

где r – расстояние между молекулами, σ – расстояние, на котором силы межмолекулярного притяжения и отталкивания уравновешивают друг друга, ε – глубина потенциальной ямы, R_c – расстояние, на котором $E_p(R_c)=0$, обычно принимают $R_c=(2.5...3.5)\sigma$. Нами для расчета ВВК в среде пакета MathCad разработан алгоритм численного интегрирования по формуле (2), в которой в качестве $E_p(r)$ используется выражение (3). Интегрирование осуществлялось по стохастическому методу Монте-Карло (см. листинг фрагмента программы на рис. 1).



Так как увеличение числа точек интегрирования по стохастическому методу приводит к повышению точности расчетов, то нами в рамках проекта проводилось исследование по выбору оптимального количества точек. Точность расчетов контролировалась с помощью разработанного критерия. Для достижения требуемой точности расчетов нами использовалось N=100 000 000 точек интегрирования. Алгоритм расчета применялся нами для расчета ВВК некоторых реальных газов (He, Ar, Kr, см. табл., приведенную ниже).

Газ	σ , Е	ϵ , К	Т, К	В2, см3/моль
Криптон	3,60	171	773	12.7141076984435
Неон	2,749	35,60	773	13.9490025175142
Аргон	3,405	119,8	773	18.2619188071022

Сопоставление численных величин ВВК с известными литературными данными показало удовлетворительное совпадение. Методика расчета и предложенный алгоритм могут быть использована для расчетов с другими моделями межмолекулярного потенциала, а также в виртуальном лабораторном практикуме.

ВЛИЯНИЕ КЛИМАТА НА ЮЖНУЮ АГРОКЛИМАТИЧЕСКУЮ ОБЛАСТЬ

Кокина Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – преп.-стажер Сезеневская Е.П.

Цель работы. Изучение динамики развития термодинамических процессов в атмосфере Беларуси и Брестской области. Установить, существует ли взаимосвязь изменения термодинамических параметров со здоровьем людей, их влияние на деятельность людей в данном регионе.

Задачи. Разработать рекомендации по использованию и применению физических знаний термодинамических процессов в атмосфере в работе медицинских учреждений, сельскохозяйственных производств.

Объект исследования. Термодинамические явления в атмосфере Земли.

Предмет исследования. Динамика изменения атмосферного давления, влажности воздуха, температуры, солнечной радиации и их влияние на жизнедеятельность человека, окружающую среду, сельское хозяйство, использование в медицине.

Методы исследования. Изучение литературы, наблюдение, сбор и обработка статистических данных и результатов наблюдений.

Проблемы обезлесения, опустынивания, загрязнения гидросферы и атмосферы, вопросы жизни и здоровья людей связаны с термодинамическими явлениями в атмосфере Земли. Термодинамические явления, происходящие в природе в соответствии с законами физики, определяют погоду на земном шаре. Меняется климат региона и всей страны в целом. Мы попытались установить влияние различных термодинамических параметров на количество заболеваний дыхательных путей, респира-

торных и сердечно-сосудистых заболеваний; их сезонные колебания. Изучая поток солнечной радиации, определили его влияние на жизнедеятельность и здоровье людей.

Увеличились количество оттепельных дней и непрерывная продолжительность оттепельных периодов. Если раньше повторяемость оттепельных периодов продолжительностью более 10 дней составляла 9 % от общего числа таких периодов, то в последние годы достигла 14%. Увеличилась и интенсивность оттепелей – максимальные и среднесуточные температуры при оттепелях стали более высокими. Повторяемость оттепелей с максимальной температурой более 4°C увеличилась с 13 до 21%, а со средней такой температурой – в 1,5 раза. Все это также создает дополнительную нагрузку на организм, поскольку требует определенной перестройки при наступлении оттепелей и последующего похолодания.

Выводы. Анализ многолетних наблюдений показывает, что изменение среднегодовой температуры воздуха на 1 градус приводит к увеличению вегетационного периода и увеличению суммы температур примерно на 200 градусов, что равносильно сдвигу по территории агроклиматических областей в широтном направлении примерно на 150–200 км. Так, например, в Беларуси в результате потепления произошел распад северной агроклиматической области, появилась более теплая агроклиматическая область на юге Полесья, что в совокупности изменило обычные условия произрастания и формирования урожая сельскохозяйственных культур. Новая агроклиматическая область характеризуется самой короткой и теплой в пределах Беларуси зимой и наиболее продолжительным и теплым вегетационным периодом.

Литература:

1. Бутиков Е.И., Быков А.А., Селезнёв Ю.А. Справочник старшеклассника. Физика для углубленного изучения // изд. «Просвещение», Москва, 2008. – с. 3–7, 24–33, 57–67.
2. Архивные материалы Кобринской ЦРБ.
3. Статистические данные метеорологических условий по Брестской области и Беларуси.

МЕРЧЕНДАЙЗИНГ – "БЕЗМОЛВНЫЙ ПРОДАВЕЦ"

Кокина Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст. преп. Рындова О.Н.

В современных условиях особую актуальность приобретают инновационные технологии, в том числе и в организации современной торговли. Сегодня задача производителей заключается в том, чтобы изготовленный товар был востребован, чтобы он обладал такими потребительскими свойствами, которые необходимы потребителю. С этими целями создается торговая марка и брэнд, подбирается оптимальное соотношение по критерию «цена – качество», готовится упаковка, разрабатываются методы коммуникации с потребителем, осуществляются мероприятия по товародвижению. Все это способствует созданию необходимого потребительского спроса. Однако остается еще один последний шанс выделить уникальность своего товара и, соответственно, заставить его лучше продаваться или продаваться вообще. Эта работа в системе маркетинговых коммуникаций называется мерчендайзингом, то есть искусством выкладки товаров и продвижения торговых марок в розничной сети. Отметим здесь, что существует множество формулировок мерчендайзинга, но интересно вот такое, не очень "научное" определение: мерчендайзинг – "Безмолвный Продавец". В этом и есть вся его суть – как расположить товар в торговом учреждении, чтобы он продавался наиболее эффективно и без участия продавца. В целях увеличения сбыта представители розничной торговли должны уметь предсказывать поведение потребителя и рассчитывать в первую очередь на его способности к восприятию товаров. Чтобы продать, надо заинтересовать. Чтобы заинтересовать, необ-

ходимо удивить и объяснить, что только здесь всё самое красивое, выгодное и полезное. Что, собственно, и выполняют приёмы и способы мерчендайзинга, среди которых можно выделить: дизайн магазина (как внешний, так и внутренний); его планировку (точнее, планирование потоков движения покупателей); рекламу и прочие инструменты на месте продажи; цветовую блокировку и другие комплексные меры.

Применение мерчендайзинга имеет такое же значение для эффективной продажи, как и разработка продукции, создание брэнда товара, проведение рекламных акций. Данная маркетинговая коммуникация позволяет результативнее продвигать товар в месте продажи. Необходимыми условиями успешного достижения запланированных результатов являются: во-первых, активное взаимодействие производителя, дистрибьютора и продавца; во-вторых, создание и внедрение комплексной программы мерчендайзинга, включающей разработку его инструментов; в-третьих, ориентация на потребности покупателя; в-четвертых, профессионализм торговых представителей и мерчендайзеров. В результате, применение данной технологии в процессе реализации продукции, с одной стороны, способствует более успешной ориентации покупателя в предлагаемом ассортименте товаров, улучшает узнаваемость торговых марок, а с другой,- экономит бюджет компании по продвижению товара, увеличивает объемы продаж и прибыли.

Литература:

1. Бесараб, О. Технологии продаж / О. Бесараб // Товаровед и торговля. – 2004. – №1. – С.12-19.
2. Винникова, Л. Мерчендайзинг: всякому товару – свое время, место и атмосфера / Л. Винникова // "Город N". – 2002. – № 45. – С.30-42.
3. Виноградова, С. Н. Организация и технология торговли / С. Н. Виноградова. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 285 с.
4. Гермогенова, Л. Ю. Как сделать рекламу магазина / Л. Ю. Гермогенова. – Москва: РусПартнёр Лтд, – 2005. – 192 с.

ИЗУЧЕНИЕ РАЗНИЦЫ В УСПЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ЛЕВШЕЙ И ПРАВШЕЙ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Кондратович Е.Н., Соловей Я.В., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.м.н. Шавель Ж.А.

Левша – человек, предпочтительно пользующийся левой рукой вместо правой. Во все времена развития человечества левши вызывали особый интерес и некоторое настороженное отношение окружающих, чувство удивления и любопытства. Большинство людей левизну считают аномальной, но сама жизнь является преимущественно морфологически левой, даже спираль ДНК неизменно закручена в левую сторону. По данным статистики, на Земле леворуких людей ~ 10 %. Прослеживается тенденция к увеличению их числа. Однако лишь половина левшей являются левшами генетически, а остальная половина – компенсаторными.

Изучение темы является актуальным вследствие появления знаний о том, что преимущественное владение правой или левой рукой определяется не желанием или капризом ребенка, а особой организацией его мозга, в который заложен алгоритм, делающий ту или иную верхнюю конечность «ведущей». Это ведет к необходимости более глубокого изучения особенностей головного мозга учеными разных направлений.

Цель нашего исследования – выявить разницу в академической успеваемости по биохимии среди левшей и правшей ГрГМУ.

Нами было опрошено 817 студентов 2-го курса ГрГМУ. Среди них выявлено 22 (2,69%) леворукого студента. Для создания контрольной группы, путем случайной выборки проводился отбор правшей: лечебный факультет – первая буква в фамилии студента «Л», педиатрический – «П», медико-психологический – «П», диаг-

ностический – «Д». Всего было отобрано также 22 человека. У левшей и правшей с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни проводился анализ разницы в академической успеваемости по биологической химии на основании следующих данных: среднегодовой балл, результаты итогового компьютерного тестирования и экзаменационной оценки. При проведении статистического анализа полученных данных мы не выявили достоверной разности по исследуемым показателям среди правшей и левшей, обучающихся в ГрГМУ.

Таким образом, процент леворуких, обучающихся в Гродненском медуниверситете ниже их среднепопуляционного распространения. Более того, они не отличаются от своих коллег-правшей по учебным достижениям по биохимии, не смотря на то, что у леворуких гораздо сильнее выражены конкретно-образные качества. Они более впечатлительны, возбудимы, подвержены эмоциональным всплескам и резкой смене настроений. Если среди представителей технических профессий явно преобладают правши, то в творческой сфере процент леворуких и амбидекстров достаточно велик. А вот точные науки, как правило, левшам даются с трудом. Между тем левшество – один из вариантов нормального развития организма и чаще всего зависит от генетических особенностей. У левшей связи между полушариями не столь жесткие, как у «правого» большинства. Поэтому информация в коре головного мозга обрабатывается медленнее, но это не болезнь, а особенность. У правши другие сложности: жесткие связи между полушариями как бы оставляют мало шансов на свободу творчества, разнообразие. Быть левшой затрагивает способ человека думать. Праворукие используют «линейно-последовательный» метод – мысль должна быть полностью обдумана, прежде чем перейти к следующей мысли, леворукие – «одновременно-визуальный» метод – несколько мыслей обрабатывается одновременно.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кондратович Е.Н., Соловей Я.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ст. преп. Губарь Л.М.

В структуре заболеваемости и смертности в РБ большую часть составляют неинфекционные заболевания (НИЗ). В настоящее время они представляют собой самую серьезную угрозу здравоохранению в Европейском регионе ВОЗ, и данная проблема сохранит свою актуальность в обозримом будущем. Основные модели развития НИЗ: генетическая, экологическая, метаболическая, онтогенетическая. В основе профилактики онтогенетической модели лежит соблюдение ЗОЖ.

Цель исследования. Анализ поведенческих факторов риска у студентов ГрГМУ как основы онтогенетической модели развития неинфекционных заболеваний.

Материалы и методы. Мы провели добровольное анкетирование 163 студентов II курса ГрГМУ по 12 вопросам ЗОЖ. Получены данные: по вопросу о потреблении свежих фруктов 18,4% (30 чел.) респондентов ответили – 1–3 раза в день; 64,4% (105 чел.) – 1–3 раза в неделю; 16,6% (27 чел.) – 1–3 раза в месяц и 0,6 % (1 чел.) – редко. По вопросу о потреблении овощей (кроме картофеля): 20,8% (34 чел.) – 1–3 раза в день; 65% (106 чел.) – 1–3 раза в неделю; 11,7% (19 чел.) – 1–3 раза в месяц и 2,5% (4 чел.) – редко. На вопрос о занятиях физической культурой, спортом 61,4% (100 чел.) – делают физическую зарядку, 18,4% (30 чел.) – занимаются спортом, 20,2% (33 чел.) – не занимаются ничем. На вопрос: «Часто ли Вы специально бываете на свежем воздухе?», 34,4% (56 чел.) – 4 и более раз в неделю; 39,8% (65 чел.) – 1–3 раза в неделю; 25,8% (42 чел.) – реже 1 раза в неделю. На вопрос: «Сколько Вы ежедневно ходите пешком?», 82,2% (134 чел.) – 30 мин. и более; 17,8% (29 чел.) – менее 30 мин. На вопрос о виде физической активности, которая определяет нагрузку во время учебы, 4,9% (8 чел.) – физическую, 12,3% (20 чел.) – преиму-

щественно ходячую, 82,8% (135 чел.) – преимущественно сидячую. На вопрос: «Вы выкурили более 100 сигарет за свою жизнь?», 22,7% (37 чел.) – да, 77,3% (126 чел.) – нет. На вопрос о количестве выкуриваемых сигарет за день 85,9% (140 чел.) – не курят, 2,4% (4 чел.) – не более 1 сигареты, 1,8% (3 чел.) – 1–3 сигареты, 6,8% (11 чел.) – 4–10 сигарет, 3,1% (5 чел.) – примерно 1 пачку. На вопрос: «Кто-нибудь из членов семьи курит дома?», 63,8% (104 чел.) – нет, 36,2% (59 чел.) – да. На вопрос о количестве проведенного времени в накурленном помещении 31,9% (52 чел.) – нисколько, 66,9% (109 чел.) – иногда, 1,2% (2 чел.) – обычно. На вопрос: «Употребляете ли Вы алкоголь (включая пиво)?», 12,9% (21 чел.) – не употребляют, 49% (80 чел.) – по праздникам, 31,1% (49 чел.) – 1 раз в месяц, 8% (13 чел.) – еженедельно. На вопрос о предпочтении алкогольных напитков по крепости 30,1% (49 чел.) – до 5 градусов, 39,8% (65 чел.) – от 5 до 10 градусов, 23,3% (38 чел.) – от 11 до 20 градусов, 6,8% (11 чел.) – от 31 до 40 градусов.

Результаты. Мы выяснили, что у 93,25% студентов выявлено опасное для здоровья поведение. Но, несмотря на то, что во время учебы студенты в основном сидят, после занятий большинство из них занимаются или спортом, или делают физическую зарядку, ежедневно более 30 минут ходят пешком. Особенно утешают такие данные, что большинство студентов не курят, т.к. фактор риска по табакокурению является самым опасным для возникновения заболеваний. Отмечается недостаточное употребление овощей и фруктов, что является непониманием важности этих продуктов в питании.

Выводы. Необходимо заинтересовать студентов активнее вести пропаганду ЗОЖ. Каждый медицинский работник обязан помнить, что только его личный пример оздоровления может быть условием убедительной пропаганды ЗОЖ среди пациентов. А здоровый образ жизни – это основа профилактики онтогенетической модели НИЗ.

Литература:

1. Ганеман, С. Органон врачебного искусства. Пер. с англ. под ред. А. В. Высочанского. / С. Ганеман // М.: Симилия, 1998. – 384с.

85-Я СТРЕЛКОВАЯ ДИВИЗИЯ В БОЯХ ПОД ГРОДНО

Кондращук П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – старший преподаватель майор м/с Полуян И.А.

85-я стрелковая дивизия (сд) была сформирована в июне 1931 года на базе 171-го стрелкового полка (сп) 57-й стрелковой дивизии в Челябинске. 27.03.1934 дивизия была награждена орденом Ленина за особые заслуги в строительстве Челябинского тракторного завода. В январе 1939 года на базе 253-го стрелкового полка была сформирована 98-я сд. Летом 1940 года 85-я сд была переведена в Минск, а за месяц до войны в мае 1941 года части дивизии передислоцировались в район города Гродно. На 22.06.1941 года 98-я сд находилась в местечке Солы, на окраине Гродно. В состав дивизии входили 3 стрелковых полка (59-й, 103-й, 141-й), 2 артиллерийских полка (легкий и гаубичный), 2 дивизиона (зенитный и истребительно-противотанковый), разведывательный батальон, а также другие части.

22 июня ранним утром авиация противника нанесла бомбовый удар по месту расположения частей 85-й сд. В районе Вишневец и деревни Солы дивизия понесла достаточно ощутимые потери, еще не вступив в бой. Командир дивизии генерал-майор Бондовский Александр Васильевич на тот момент не имел связи с корпусом и армией, поэтому принял решение распустить учебные сборы и приказал выводить части дивизии в район реки Лососна. После прибытия к месту сосредоточения дивизия заняла оборону западнее Гродно и вступила в бой с подошедшими передовыми частями противника.

141-й и 103-й стрелковые полки заняли позиции в трёх километрах западнее

Гродно на участке Лососна – Колбасино. Примерно в 9 часов утра 22.06.1941 года начался бой с передовыми частями врага вермахта, поддержанными авиацией и артиллерией. Около 10 часов полки начали отступать на юго-восток. В период с 24 по 26 июня полки участвовали в контрударе в направлении Гродно. 25 июня нашим войскам удалось продвинуться до окраины Гродно районе Фолюша, но под непрерывными артобстрелами и налетами авиации они отошли, понеся большие потери в технике и людях, на рубеж реки Свислочь.

59-й сп занял рубеж обороны на юго-западной окраине Гродно и вскоре уже вел боевые действия, отражая атаки немецких мотоциклистов. После того, как к мотоциклистам подошла немецкая пехота, 59-й сп ночью оставил занимаемые позиции и отошел к реке Свислочь.

По позициям 223-го гаубичного артиллерийского полка, находившегося в лесопарке Румлево, в 4 часа утра был нанесен бомбовый удар, после чего заняв рубеж западнее Гродно у реки Лососьянка, он поддерживал огнем части 103-го и 141-го стрелковых полков. Во второй половине дня 223-й гаубичный полк подвергся мощному налету авиации и понес значительные потери. Вечером был получен приказ командира дивизии отойти к реке Свислочь и занять оборону.

346-й отдельный зенитно-артиллерийский дивизион с первых минут войны вступил в бой, отражая налеты немецкой авиации. Оставшись без снарядов, дивизион отошел в лес, в результате чего войска стали безнаказанно бомбить фашистские бомбардировщики.

С 26 июня части дивизии отступали в направлении на Мосты и Новогрудок.

Фактически 85-я стрелковая дивизия как боеспособная единица перестала существовать.

Командир дивизии генерал-майор А.В. Бондовский был тяжело ранен и эвакуирован самолетом в тыл, а остатки дивизии 15.07.1941 вывел из окружения замкомдива полковник Скоробогаткин К.Ф. в полосу 172-й стрелковой дивизии под Могилевом.

Официально эта дивизия была расформирована 19.09.1941 года. Но тем не менее войскам вермахта был нанесен урон и задержано их продвижение вглубь Советского Союза, что несомненно, повлияло на ход Великой Отечественной войны, приблизив такой долгожданный и такой далекий в те первые трагические месяцы войны День Победы.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Конкин Д.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Актуальность. Псориатический артрит (ПА) – одно из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника, приводящих к раннему нарушению функциональной способности пациентов, временной, а затем и стойкой потере трудоспособности, значительно ухудшая их качество жизни [3]. Распространенность артрита у больных псориазом, по данным разных авторов, колеблется от 13,5 до 47,0% (в среднем 36%), а распространенность ПА в популяции составляет 0,06–1,4% [1,3]. Ряд исследователей не исключает роли в развитии и течении ПА возбудителя уrogenитального хламидиоза (УГХ) *Chlamydia trachomatis*, которая при различной дерматологической патологии обнаруживается в 12,3–96,5% случаев [3]. В связи с этим, актуальной остается проблема ассоциации УГХ с различными клиническими формами псориаза, особенностей их клиники и течения, а также возможного негативного влияния сочетанного поражения на качество жизни пациентов с поражением суставного аппарата.

Цель: провести сравнительный анализ качества жизни пациентов с ПА при наличии и отсутствии УГХ.

Задачи и методы исследования. Для оценки качества жизни пациентов с ПА использовался опросник состояния здоровья HAQ (Health Assessment Questionnaire), включающий 20 вопросов с 8 субшкалами, затрагивающими различные аспекты жизни пациента, с возможностью количественной оценки снижения качества жизни [2,4]. Трактовка индекса производилась по следующим критериям: от 0 до 0,49 баллов – нет нарушений; от 0,5 до 0,99 баллов – минимальное снижение качества жизни; от 1,00 до 0,99 баллов – умеренное снижение качества жизни; от 2,00 до 3,0 баллов – выраженное снижение качества жизни.

Результаты и выводы. Было проведено исследование качества жизни 94 пациентов с ПА, находившихся на лечении в УЗ «Гродненский областной кожно-венерологический диспансер». Из них 44 пациента в сочетании с УГХ составили первую группу, и 50 пациентов без УГХ вторую группу. Средние значения индекса HAQ в первой группе были достоверно выше, чем во второй (соответственно $2,0 \pm 0,1$ и $1,5 \pm 0,1$, $p < 0,01$). Минимальное снижение качества жизни было установлено у 5 ($11,4 \pm 4,8\%$) пациентов в первой группе и у 9 ($18,0 \pm 5,5\%$) во второй ($p > 0,05$). Умеренный уровень снижения качества жизни достоверно чаще ($p < 0,01$) встречался во второй группе – у 33 ($66,0 \pm 6,8\%$) пациентов, а также у 10 ($22,7 \pm 6,4\%$) пациентов в первой группе. Выраженное снижение качества жизни превалировало в первой группе у 29 ($65,9 \pm 7,2\%$) пациентов, во второй группе – у 8 ($16,0 \pm 5,2\%$) пациентов ($p < 0,01$).

Таким образом, были установлены следующие особенности: в группе пациентов с ПА без УГХ преобладал умеренный уровень снижения качества жизни; в свою очередь, ассоциация ПА с УГХ оказывала более негативное влияние на качество жизни пациентов с максимальным уровнем снижения.

Литература:

1. Беляев, Г.М. Псориаз. Псориатическая артропатия / Г.М. Беляев, П.П. Рыжко. – М. : Медпрессинформ, 2005. – 266 с.
2. Валидация русско-язычной версии HAQ / В.Н. Амирджанова [и др.] // Научно-практ. ревматология. – 2004. – №2. – С. 50-66.
3. Псориаз и псориатический артрит / В.А. Молочков [и др.], М.: Т-во научных изданий КМК; Авторская академия, 2007. – 300 с.
4. Measurement of patient outcome in arthritis / J.F. Fries [et al.] // Arthritis and Rheumatism. – 1980. – Vol. 23, № 2. – P. 137-145.

СОБСТВЕННЫЕ НЕМЕЦКИЕ ТЕРМИНЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ НАУК И ИХ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ В ДРУГИХ ЯЗЫКАХ

Кончик Ю.И.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Пожарицкая Г.П.

Объектом исследования являются собственные немецкие термины психологической и психиатрической наук и их репрезентация в других языках.

Цель исследования. Выяснение места собственных немецких терминов психологической и психиатрической наук в современном немецком языке и их лексический анализ.

Методы, использованные в данной работе: таксономический, описательный и метод количественного анализа.

Результаты. С помощью указанной методики были отобраны собственные немецкие термины психологической и психиатрической наук, рассмотрены, с семантической точки зрения, определены функции, цели и основные виды данной группы терминов; проанализирована терминологическая экспликация подобластей современной психологии и психиатрии.

В структурном отношении термины данного типа могут интерпретироваться как сложные, другие слова – как суффиксальные производные иные – как префиксальные образования и т.д.

Особый тип образуют слова, которые в одинаковой или похожей форме существуют во многих европейских языках. Но профессиональные слова не могут быть заменены другим словом. Велика доля интерлингвизмов. Увеличение доли таких обозначений свидетельствует о силе культурно – интеграционных процессов характерных для нашей эпохи. Новые термины активно организуются всеми существующими способами заложенными в системе немецкого языка, а многие из этих слов уже в «готовом виде» перенимаются из других языков. Важным моментом в связи с собственными немецкими терминами психологической и психиатрической наук является вопрос об их содержательных, стилистических и синтаксических особенностях.

Процессы семантической инновации не затрагивают внешнюю сторону слова и в принципе не ведут к численному росту словаря, но они увеличивают семантическую ёмкость словарных единиц, представляя собой итоги развития слова. Невысокая частотность употребления собственных немецких терминов психологической и психиатрической наук в немецком языке повышает их коммуникативную значимость, так как количество информации и мера эффективности слов с низкой частотностью значительно больше. Ввиду их большей информативности одной основной частотной группой лексем собственных немецких терминов психологической и психиатрической наук являются имена существительные.

Кроме того, контраст является продуктивным приёмом. И хотя формирование образных систем двух рассматриваемых языков происходило обособленно, наблюдается сходство в способах построения многих терминов.

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМЕ ОДЕЖДЫ И ОБУВИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Конюк Л.А., Лукша Л.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ивашин В.М.

Как один из разделов военной гигиены выделяют гигиену одежды и обуви. Вопросы обмундирования, подгонки одежды и обуви являются весьма важными и значимыми для поддержания здоровья военнослужащего. Незря, ведь в частях есть специальная должность: начальник вещевого склада.

В быту военнослужащих одежда имеет большое значение. Она используется для защиты тела от неблагоприятных воздействий внешней среды: холода, чрезмерной радиации солнца, ветра, дождя и снега. Кроме того, одежда защищает тело человека от механических повреждений, предохраняет кожу от пыли, грязи, защищает от укусов насекомых. Военная одежда имеет также эстетическое значение, так как она украшает человека и дает возможность распознавать военнослужащих по принадлежности их к различным видам вооруженных сил, а также родам войск и служб.

Боевая форма одежды должна облегчать военнослужащим боевую деятельность: маскировать их на местности, обеспечивать удобство в обслуживании боевой техники и вооружения, не затруднять преодоление различных препятствий, водных преград, лесистых, болотистых мест, гор и др. Однако основной и важнейшей ролью одежды является снижение теплопотерь организма и обеспечение оптимальных условий для поддержания на постоянном уровне температуры тела. Одеждой закрывается более 80% поверхности тела и с ее помощью создается искусственный климат (микроклимат) вокруг нашего тела, который должен быть наиболее благоприятным. Военнослужащие, находясь по роду своей боевой деятельности длительное время вне помещений, в полевых условиях, подвергаются резким переменам температуры, воздействию атмосферных осадков. Одежда должна обеспечивать им боевую деятельность с учетом климата и местности.

Требования к военной форме одежды, вытекающие из условий жизни, и деятельности войск, принято делить на: гигиенические, тактико-технические, эстетические. Гигиенические свойства одежды определяются главным образом свойствами

тканей и других материалов, из которых она изготавливается, но на гигиенические свойства оказывает влияние и конструкция одежды, т. е. ее покрой. Помимо гигиенических требований, к одежде и обуви предъявляются и тактико-технические требования, вытекающие из особых условий ее эксплуатации. Важнейшими из этих требований являются: удобство для носки, защита от оружия массового поражения, легкость, маскируемость, удобство для подгонки и пригонки, прочность в носке. Вещевое управление ВС РБ постоянно проявляют заботу об улучшении качества одежды военнослужащих. Расширился ассортимент, улучшились внешний вид и качество военной одежды. Теперь все военнослужащие имеют парадную, повседневную и боевую форму одежды на снабжение поступает большое количество специальной, рабочей и другой одежды.

Таким образом, чрезвычайно важно для хорошего выполнения боевых задач военнослужащим удобная, комфортная и соответствующая сезону одежда и обувь.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: АНАЛИЗ ДАННЫХ ПРОТОКОЛОВ ВСКРЫТИЙ В ДЕТСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО БЮРО ЗА 2005–2009 ГОДЫ

Коренев Е.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины
Научный руководитель – к.м.н., ассист. Лагодская И.Я.*

Врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы (ВПС ССС) занимают 2-е место по частоте встречаемости среди других ВПС. Тератогенный терминационный период длится с 3-й по 11-ю недели внутриутробного развития [1]. Виды пороков зависят от искажения этапов морфогенеза развития сердца, из которых наибольшее значение имеют дефекты первоначальных парных закладок сердца, неправильные изгибы первичной сердечной трубки, задержка развития или неправильное расположение перегородок сердца [2].

Целью настоящего исследования является статистический анализ летальных случаев мертворожденных и новорожденных детей от ВПС ССС.

Материалом для данной работы послужили протоколы вскрытий 32 детей, имеющих ВПС ССС в основном заболевании патологоанатомического диагноза или среди сопутствующих заболеваний.

Из 32 новорожденных детей 19 (59,37%) были мертворожденными, среди них 13 (68,42%) мальчиков и 6 (31,58%) девочек. Сроки родов этих детей: 23 недели – 1; 25 недель – 1; 26 недель – 1; 27 недель – 2; 28 недель – 3; 29 недель – 1; 32 недели – 3; 34 недели – 2; 35 недель – 1; 36 недель – 1; 37 недель – 1; 39 недель – 1; 40 недель – 1.

Из 13 детей, родившихся живыми, 12 (7 мальчиков и 5 девочек) умерли в течение первого года жизни. До 7 суток дожил 1 ребенок, до 1 месяца – 6 детей, от второго месяца жизни до 1 года дожили 5 детей. Один ребенок умер в возрасте 1 года и 10 месяцев.

Среди ВПС ССС у умерших детей встречались следующие: дилатация аортолегочной перегородки – 1 случай; недостаточность трикуспидального клапана – 3; дефект межжелудочковой перегородки – 13; дефект межпредсердной перегородки – 7; атрезия и стеноз устья легочной артерии – 5; гипоплазия ствола легочной артерии – 2; стеноз трикуспидального клапана – 1; гипоплазия правого предсердия и желудочка – 2; гипертрофия и расширение левого желудочка – 5; гипертрофия и расширение правых отделов сердца – 16; каорктация аорты – 11; открытое овальное окно – 7; незаращение боталлова протока – 7; недостаточность митрального клапана – 2; стеноз митрального клапана – 4; гипоплазия дуги аорты – 1; гипоплазия левых отделов сердца – 7; полная транспозиция аорты и легочного ствола – 2 случая.

В 16 случаях ВПС ССС были основной причиной смерти.

Среди заболеваний, перенесенных матерями умерших детей, встречались:

ОРВИ, герпес, менингит, ветряная оспа, болезнь Боткина, хр. пиелонефрит, о. ларингофарингит, хр. бронхит, бактериовлагинит, эрозия шейки матки, артериальная гипертония. Девять женщин во время беременности были здоровыми.

Результаты исследования. Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

- 1) большую половину детей с ВПР ССС составили мертворожденные – 59,37%; 92,3% детей, родившихся живыми, умерли в течение первого года жизни;
- 2) в половине случаев ВПР ССС явились основной причиной смерти детей;
- 3) из всех умерших от ВПР ССС детей большую часть составили мальчики (65,63%).

Литература:

1. Лазюк, Г.И. Терапология человека / Г.И. Лазюк //Руководство для врачей. Издание второе, переработанное и дополненное. – М.: Медицина, 1991.
2. Черствой, Е.Д. Болезни плода, новорожденного и ребенка. : Нозология, диагностика, патологическая анатомия / Черствой, Е.Д. Кравцова Г.И. – Минск: Высшая школа, 1991.

ФЕНОМЕН ГОМОСЕКСУАЛИЗМА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Коренский Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – преподаватель Спасюк Т.И..

В настоящее время все большие масштабы приобретают проблемы связанные с гомосексуальными пристрастиями людей разных полов, возрастов, социальных принадлежностей и национальностей. В данный момент количество людей, относящихся, к так называемым, сексуальным меньшинствам, значительно возросло. Данные вопросы получили все большую огласку в настоящее время. Это явление связано все с большим проникновением его в культуру нашей страны и с возрастающим давлением ее на сознание наших соотечественников, особенно на молодежь. Причины гомосексуализма до настоящего времени недостаточно выяснены. Споры о том, является ли гомосексуализм половым извращением, приобретает ли под влиянием каких-то отклонений в развитии, передается ли по наследству, не утихают до сих пор. Именно данные аспекты определили актуальность проведения исследования.

Цель исследования: изучить феномен гомосексуализма в молодежной среде. Задачи исследования: 1) осуществить теоретический анализ феномена гомосексуализма 2) выявить основные причины распространения гомосексуализма.

В ходе исследования был осуществлен теоретический анализ происхождения гомосексуализма. На сегодняшний день различные точки зрения на происхождение гомосексуализма можно свести к следующим теориям: неврогенной, условно-рефлекторной, нейроэндокринной, генетической.

Неврогенная теория происхождения гомосексуализма перечисляет ряд заболеваний, приводящих в результате к перемене сексуальной ориентации. Среди них кровоизлияния в определенные отделы мозга, опухоли мозга, энцефалит, травмы черепа. А также наркомания и некоторые виды отравлений.

Условно-рефлекторная рассматривает возникновение гомосексуализма с точки зрения нарушения благоприятного для ребенка социального климата семьи.

К врожденному гомосексуализму относят ученые и те случаи, когда в основе явления лежат нейроэндокринные нарушения внутриутробного периода: если плод мужского пола испытывает на четвертом-шестом месяце беременности матери недостаток андрогенов, то у плода нарушается половая дифференциация, и мальчик впоследствии будет иметь женоподобные черты и может обнаружить гомосексуальные склонности. Для возникновения женского гомосексуализма рубежом служит период между четвертым и шестым месяцами беременности. Лесбийские склонности проявляются у тех девочек, которые подвергались во внутриутробном периоде в

указанное время воздействию повышенной концентрации как женских, так и мужских половых гормонов.

Согласно генетической теории, предрасположенность к гомосексуализму передается по наследству матерью и ген, отвечающий за это, необходимо искать в хромосоме, которая наследуется ребенком только от матери, а именно – в X-хромосоме.

Литература:

1. Кон И.С. Любовь небесного цвета. – Москва, 2001.
2. «Есть ли гены гомосексуальности?» Евгений Лещинский (источник "Наш мир") Адрес: <http://www.gay.ru/lilit/.html>
3. « Гомосексуалы как группа риска психического здоровья » Alex March. Адрес: <http://krug.polarcom.ru/psy/staty/healthgroop.htm>

ПРОБЛЕМА «СМЕНЫ ПОЛА» В КОНТЕКСТЕ МЕДИЦИНЫ И ПРАВА

Коренский Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – преп. Степанова Е. Ф.

В современном мире естественное право выступает главным критерием развития социально-политической сферы. На основании положений естественно-правового законодательства выстраиваются взаимоотношения в обществе, определяются приоритеты развития политической системы, закрепляются определенные социокультурные нормы.

В любом обществе существуют категории людей, находящиеся в половом, национальном, расовом меньшинстве. Реализация прав человека в Республике Беларусь, позволила выделиться группе лиц с синдромом потери половой идентификации – транссексуалам. Белорусская общественность на сегодняшний день неоднозначно относится к данной категории лиц. Исходя из этого, является весьма важным научная актуализация и научное рассмотрение социальных условий и адаптации транссексуалов. В рамках этого аспекта выделяется сфера медицины и права.

Впервые в Беларуси операция по смене пола была выполнена в 1992 году хирургом Владимиром Подгайским. Данный хирургический опыт носил новаторский характер, и был связан с появлением хирургов данной специализации. В целом, осуществлялись единичные операции, что объясняется отсутствием правового законодательства. Координальные изменения, в данной области, наступили с 2005 года, а именно с принятием постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении Инструкции о порядке изменения, коррекции половой принадлежности» от 10 июня 2005 года. Согласно, данному документу, лицам с синдромом отрицания половой принадлежности рекомендовалось проводить операции по смене пола. Координирующим центром для транссексуалов стал Минский городской психоневрологический диспансер, на базе которого в 2005 году было зафиксировано 96 человек с отсутствием половой самоидентификации. Из них одна треть в течении трех лет сменила пол хирургическим путем. Количество людей желающих изменить свою половую принадлежность в РБ увеличивается, и на период января 2010 года составила 118 человек.

Согласно законодательству, хирургическая коррекция пола в РБ разрешена с 21 года. Потенциальным пациентам необходимо пройти психиатрическую экспертизу, которая проводится в течении полугода, с привлечением опроса ближайших родственников пациента. Кроме этого рекомендуется пройти тесты определяющий уровень интеллекта, для того, чтобы определить сложность процесса последующей социальной адаптации. Перед хирургической коррекцией транссексуалом, необходимо, разрешить ряд социально-правовых аспектов: отсутствие брака на период операции, для мужчин получение, а в обратном случае отказ от военного билета, а также оформление нового паспорта с измененными данными по половому признаку. До-

вольно длительный юридический процесс подготовки дает возможность осознать все социальные проблемы и моральную подготовку для адаптации: вступление в брак, изменение профессии и другие аспекты. Хирургическая процедура проводится бесплатно, за счет бюджетных средств.

Подводя итог, необходимо отметить, что проблема транссексуалов в РБ не разрешена и имеет ряд определенных сложностей. Однако, эволюционные изменения в законодательстве, устойчивая позиция медицины в данном вопросе, дает возможность утверждать о дальнейшей социализации этих людей.

Литература:

1. Стасевич, О. Смена пола для транссексуалов / О.Стасевич // Знамя юности. – 2010. – 15 января – С.5-6
2. Лободенко, Г. Люди в трансе / Г.Лободенко // Комсомольская правда. – 2005. – 13 октября – С.6-9

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ КОНЦЕПТА ДИНАМИЧЕСКОГО СТЕРЕОТИПА (БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Костюкович С.В., Криницкий Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Орехов С.Д.

Под «динамическим стереотипом» традиционно понимается не конкретная реакция, связанная с определенным условным сигналом, а совокупность действий в совокупности обстоятельств. Все эти «обстоятельства» есть психически опосредованная активность (поведение), тогда по сути динамический стереотип – это поведение внутри пространства поведения. Основное его качество: он воспроизводится в полном объеме при наличии даже ограниченного числа стимулов, актуальных на момент его формирования [1].

Высокоорганизованный организм реагирует не на среду, что было бы крайне неэкономично, и не дало бы ему никакой свободы осуществлять собственную «политику». Он работает в системе собственных схем, ведь динамический стереотип – это не просто некие действия в ответ на стимул, а своего рода «замкнутое производство»: заготовка стимулов, их обработка и действия в соответствии с достигнутым результатом.

Главный закон работы динамического стереотипа – есть скрытая в нем самом необходимость реализации. Когда он устанавливается – реакции негативны по знаку; когда благополучно используется – позитивны; когда же динамический стереотип встречает препятствия в своей реализации, то возникают крайне отрицательные эмоциональные реакции, что является для организма локальной, а то и зачастую просто гигантской катастрофой.

В психологии динамическими стереотипами (под разными именами) занимались У. Джеймс («привычки»), Э.Ч. Толмен («карты», «промежуточные переменные»), Б.Ф. Скиннер («оперантное поведение»), М. Вертхеймер («гештальт» и «фигура-фон»), К. Левин («поле»), А. Бандура («научение») и Дж. Роттер («локус контроля»), Дж. Келли («конструкты»), К.Г. Юнг («коллективное бессознательное») и Э. Эриксон («идентичность») и многие, многие другие.

Однако наиболее существенный вклад в понимание феномена динамического стереотипа внес К. Лоренц. Он разъясняет эволюционное значение динамического стереотипа. «Для существа, – поясняет К. Лоренц, – лишённого понимания причинных взаимосвязей, должно быть в высшей степени полезно придерживаться той линии поведения, которая уже – единожды или повторно – оказывалась безопасной и ведущей к цели. Если неизвестно, какие именно детали общей последовательности действий существенны для успеха и безопасности, то лучше всего с рабской точностью повторять ее целиком. Принцип "как бы чего не вышло" совершенно ясно выражается в уже упомянутых суевериях: забыв произнести заклинание, люди испытывают страх» [2].

Концепт динамического стереотипа отражает именно содержательный аспект поведения, то есть любой динамический стереотип, прежде всего, некий «шаблон» поведения, который может быть фиксирован и описан, а его нарушение строго «охраняется» эволюционным фактором [3]. Перед концептом динамического стереотипа стоит одна-единственная задача – систематизировать содержание поведения.

Литература:

1. Анохин П.К. Теория функциональной системы. / Успехи физиологических наук. – Т. 1., № 1. – 1970. – С. 42.
2. Лоренц К. Обратная сторона зеркала: Пер. с нем. – М.: «Республика», 1998 – 112 с.
3. Сеченов И.М., Павлов И.П., Введенский Н.Е. Физиология нервной системы. Избранные труды. – Т. 4. – 1952. – 435 с.

ФОНД СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В КОРЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ

Костяхина Г.А., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.

Этиловый спирт в силу своих физико-химических свойств и особенностей биологического и токсического действия вызывает зависимость. Систематическое употребление этанола приводит к развитию патологических процессов в разных органах и тканях организма. Свободные аминокислоты являются источником для синтеза белков и биологически активных соединений. В коре головного мозга скорость обновления белков самая высокая, потому что здесь происходит анализ возбуждений от всех рецепторов организма. Поэтому, зная процессы, в которых участвуют отдельные аминокислоты, изучая изменение фонда аминокислот, можно определить последствия воздействия этанола на кору головного мозга.

Эксперименты проводились на белых беспородных крысах-самцах массой в начале эксперимента 200-220 г, содержащихся на обычном рационе вивария со свободным доступом к воде. В модели этанол вводился внутривенно, дважды в сутки, в виде 25% раствора с интервалом в 12 часов в дозе 3,5 г/кг массы тела; периоды алкоголизации составляли 4 суток, а отмены – 3 суток. Циклы алкоголизация/отмена повторялись 2 и 4 раза. Контрольная группа получала внутривенно 2 мл 0,9% раствора NaCl 2 раза в сутки. Декапитацию животных производили на 14 и 28 сутки эксперимента, что позволило исследовать динамику развития метаболических сдвигов при данной форме алкогольной интоксикации. После декапитации, у экспериментальных животных взяли кору больших полушарий. Концентрации свободных аминокислот определялись методом ВЭЖХ. Статистическая обработка осуществлялась методами непараметрической статистики с помощью пакета программ Statistica.

Введение этанола в течение 14 и 28 суток вызывает сдвиги в содержании большинства свободных аминокислот в коре головного мозга. При этом особое внимание следует обратить на фонд таких свободных аминокислот, как аспарагин, треонин, цитруллин, аланин, таурин, цистотинин, триптофан, лизин, пролин. Это связано с тем, что концентрация данных аминокислот изменилась в большей степени. Так, при введении этанола в течение 14 суток у крыс опытной группы наблюдалось понижение концентраций треонина, аспарагина и триптофана соответственно на 30,1%, 10,5% и 2,4%, а концентрация цистотинина, лизина и пролина увеличилась, соответственно, на 36,4%, 25,5% и 2,3%. В третьей группе при дальнейшем введении этанола в течение двух недель наблюдалось еще большее уменьшение концентрации треонина (на 34,3% по сравнению с контрольной группой), аланина (на 7,2%) и таурина (на 4,96%). Концентрация же цитруллина повысилась на 1,2%, а цистотинина повысилась по сравнению с контрольной группой, но резко снизилась по сравнению со второй группой.

Уменьшение содержания аминокислот, вероятно, является результатом прямого конформационного действия ацетальдегида. Известно, что этанол под действием алкогольдегидрогеназы превращается в ацетальдегид. Благодаря высокой реакционной способности своей карбонильной группы, он почти лишен возможности существовать в биологических средах в свободном виде. Его способность к прямому, не ферментативному взаимодействию распространяется, прежде всего, на белки и аминокислоты и определяется возможностью вступать в ковалентное взаимодействие с их аминогруппами. При этом возникают относительно неустойчивые связи, которые через некоторое время становятся необратимыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МОБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ПЛОСКОВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП МЕТОДОМ КОРРИГИРУЮЩЕГО ЛАТЕРАЛЬНОГО АРТРОРИЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА

Кошман Г.А., Мофиджудди И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – д.м.н., заслуженный деятель науки РБ, проф. Болтрукевич С.И.

Деформации стопы являются одной из важнейших проблем детской ортопедии. Среди них наиболее часто встречающейся является мобильная форма плосквальгусной деформации стоп. Предложено множество различных методик консервативного и оперативного лечения деформации. Консервативные методы не всегда позволяют достичь желаемого результата, а существующие методики хирургической коррекции являются весьма травматичными с длительным реабилитационным периодом [Cohen-Sobel E. 1995, Mosca V.S. 2010].

С июля 2009 года нами выполнено 40 оперативных вмешательств корригирующего латерального артритоза подтаранного сустава на обеих стопах у 20 человек (13 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 4 до 13 лет. Средний период послеоперационного наблюдения составил 10,5 месяцев (max 19, min 3). В предоперационном планировании нами использовались, помимо клинического обследования: фотоплантография, рентгенография обеих стоп, стоя с физиологической нагрузкой, педобарография, тесты неспецифической дисплазии соединительной ткани по Whyne-Davies. Показанием к операции служили наличие деформации II-III степени в сочетании с жалобами на боли, тяжесть в стопах и голенях, усиливающиеся к концу дня или после физических нагрузок, отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 1 года.

После операции дети ходили с полной нагрузкой на стопы с 3 суток. В раннем послеоперационном периоде наблюдалась супинационная установка стоп, которая самокорригировалась в течение 3-4 месяцев после операции. В результате лечения болезненность в стопах и голенях исчезла у всех пациентов, пронация пятки снизилась в среднем с 10° до 1°, таранно-I-плюсневый угол увеличился на 18°, угол свода уменьшился в среднем на 19°, на прямой рентгенограмме таранно-пяточный угол уменьшился в среднем на 13°, таранно-ладьевидный на 7°. По оценкам родителей и пациентов результаты операции оценивались, как хорошие и отличные. Послеоперационных осложнений нами не наблюдалось.

Таким образом корригирующий латеральный артритоз подтаранного сустава является простым, малоинвазивным и экономичным методом коррекции мобильной формы плосквальгусной деформации стоп у детей при коротком периоде наблюдений. Данная методика позволяет начать раннюю реабилитационную программу, предотвратить вторичные изменения, обусловленные гиперэверсией подтаранного сустава, не нарушает нормальную анатомию и биомеханику стопы.

Литература:

1. Cohen-Sobel, E. Combined technique for surgical correction of pediatric severe flexible flatfoot / E. Cohen-Sobel, R. Giorgini, Z. Velez/ The J. Foot Ankle Surg.- 1995. - Vol. 34, № 2. – P. 183-194.

ОБЗОР НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кощеев Ю.А., Таразевич Н.К., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В., Юргель А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Могилевец Э.В.

Актуальность. Неудовлетворенность результатами как консервативного, так и оперативного лечения в условиях совершенствования технических условий обуславливают актуальность проблемы лечения цирроза печени и его осложнений и необходимость поиска возможностей повышения его эффективности.

Цель исследования. Выявить актуальные и нерешенные вопросы хирургической коррекции осложнений цирроза печени на основании изучения результатов исследований для последующей разработки новых методик, направленных на улучшение результатов лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных источников, посвященных хирургическому лечению цирроза печени, осложненного портальной гипертензией по материалам баз данных ИБИС, «Российская медицина», MEDLINE за 2005-2010 гг.

Результаты и выводы. На первый план лечения портальной гипертензии при циррозе печени выступают методы хирургического лечения в связи с малой эффективностью консервативных методик (β -блокаторы, нитраты и др.). Ряд авторов указывают на успешность применения сандостатина (октреотида) как для остановки, так и для профилактики рецидивов кровотечения при совместном его применении с эндоскопическими методами гемостаза. Эндоскопическое лигирование и склерозирование вен пищевода показало высокую эффективность как метод профилактики и лечения кровотечений как в виде монотерапии, так и в сочетании с более инвазивными хирургическими вмешательствами [3].

Среди большого числа хирургических методик выделяют 2 группы, доказавшие свою эффективность. I – создание селективных и парциальных портокавальных анастомозов у пациентов с хорошими функциональными резервами печени («золотой стандарт» – дистальный спленоренальный анастомоз) [4]. Данные операции имеют ряд осложнений, в связи с чем целесообразной является разработка методик, направленных на предупреждение тромбирования шунтов и их долговременное функционирование. II – операции деваскуляризации (азигопортального разобщения), выполнение которых с хорошими результатами возможно у больных с циррозом класса A и B по Child-Pugh в связи с отсутствием снижения печеночной перфузии. Обширность вмешательства, как правило, обуславливает долговременность положительного эффекта профилактики рецидивов кровотечения, в то же время травматичность доступа увеличивает риск развития осложнений [1], что диктует необходимость внедрения модификаций с использованием малоинвазивных технологий.

Для лечения рефрактерного асцита наиболее эффективными в настоящее время считаются разнообразные методики перитонеовенозного шунтирования и реинфузия асцитической жидкости в сочетании со способами эфферентной терапии [2]. Одним из немаловажных недостатков метода является высокая стоимость шунтов, что создает предпосылки для разработки более доступных и не менее эффективных способов лечения асцитического синдрома.

Кроме того, продолжается поиск технологий, направленных на активацию регенерации печени, что является подтверждением неудовлетворенности существующими методами.

Литература:

1. Laparoscopic and open splenectomy and azygoportal disconnection for portal

hypertension / X.Z. Jiang [et al.] // World J Gastroenterol. – 2009. – V. 15(27). – P. 3421-3425.

2. Long-term follow up after surgery for intractable ascites / L. Bancu [et al.] // Chirurgia (Bucur). – 2009. – V. 104(6). – P. 719-721.

3. Tiani, C. Portal hypertension: pre-primary and primary prophylaxis of variceal bleeding / C. Tiani, J.G. Abraldes, Bosch // J. Dig Liver Dis. – 2008. – V. 40(5). – P. 318-327.

4. Venous drainage from the tail of the pancreas to the lienal vein and its relationship with the distal splenorenal shunt selectivity / C. Piras [et al.] // Acta Cir Bras. – 2010. – V. 25(1). – P. 105-110.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЦЕНТРЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кощев Ю.А., Таразевич Н.К., Мармыш В.Г., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Могилевец Э.В.

Актуальность. Одним из основных факторов, определяющим продолжительность жизни у пациентов с различными формами портальной гипертензии, являются кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка. В связи с чем использование современных методов профилактики и лечения данного осложнения является актуальной проблемой современной хирургии. Несмотря на развитие трансплантации печени, проблема дожития пациентов до этого этапа является немаловажной, что обуславливает развитие как изолированных, так и комбинированных лечебных и профилактических методов.

Цель работы. Оценка результатов использования различных методов профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода и желудка в Городском центре гастроудоденальных кровотечений (ГДК) на базе 4-й городской клинической больницы г. Гродно.

Материалы и методы. С мая 2002 г. по декабрь 2010 г. госпитализировано 3415 больных с ГДК, 417 (14,7%) из них имели кровотечения из ВРВ пищевода и желудка. Мужчин было 289 (69,3%), женщин – 128 (31%), в возрасте от 18 до 69 лет. В реанимационное отделение госпитализировано 362 (86,5%) больных, в хирургическое – 55 (13,2%). Отмечено, что медикаментозная профилактика с использованием β -блокаторов, мононитратов и их комбинации имеет малую эффективность. С 2005 г. применяется эндоскопическое склерозирование ВРВ пищевода и желудка, с 2007 г. – плановая этапная склеротерапия. Склерозирование ВРВ пищеводно-кардиальной зоны выполнено у 49 больных в плановом порядке. Всего выполнено 83 сеанса этапных склерозирований (интравазальное введение 1–10 мл 3% этоксисклерола). За один сеанс склерозировали максимальное количество технически доступных варикозных стволов. В среднем выполнено по 2–3 сеанса, с контролем через 7–8 дней и 3–6 месяцев, обязательно по показаниям и чаще. С целью вторичной профилактики у пациентов с эпизодами кровотечений в анамнезе с февраля 2010 года применяются методики абдоминального варианта деваскуляризации желудка и пищевода по Сигиура-Футагава (выполнены у 4 пациентов с циррозом печени класса В по Child). У 2 пациентов данная методика в модификации выполнена лапароскопически. Используется также метод мезентерико-кавального шунтирования с использованием в качестве шунта сегмента реверсированной большой подкожной вены. Наиболее рациональным считается применение комбинаций перечисленных методов (особенно в сочетании с эндоскопическим склерозированием ВРВ пищевода).

Результаты и выводы. Показано, что отработанный алгоритм оказания экстренной помощи, профилактики и лечения больных с портальной гипертензией с включением изолированных и комбинированных методик малоинвазивной и традиционной профилактики кровотечений из ВРВ пищевода позволяет улучшить непо-

средственные результаты лечения и снизить летальность. Так, в 2009 г. в центр ГДК госпитализировано 52 больных, умерло 17, летальность составила 32,7%; в 2010 г., соответственно, – 71, умерло 20, летальность – 28%. В связи с повышением эффективности первичного лечебного склерозирования варикозных вен, внедрения других малоинвазивных методов профилактики кровотечений из ВРВ появилась возможность прогнозировать и предупреждать их развитие.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ В АФГАНИСТАНЕ: 1979-1989 ГГ.

Кошечев Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – майор медицинской службы Новоселецкий В.А.

Ранения ЛОР-органов составили 25,2% от общего количества изолированных боевых повреждений ЛОР-органов и 1,4% от всех ранений. По виду ранящего оружия ранения ЛОР-органов распределились следующим образом: осколочные – 93,7%, пулевые – 16,3%. В абсолютном большинстве случаев осколочные ранения были слепыми или касательными (96%), а пулевые – сквозными (98%). По локализации первое место занимали ранения шеи (53%), второе – ранения носа и околоносовых пазух (45,6%), третье – ранения уха (1,4%).

В 18,2% случаев ранения шеи сопровождалось повреждением жизненно важных органов. Изолированные ранения ЛОР-органов встречались не более чем в 4,7% от числа всех боевых повреждений. Так, ранения ЛОР-органов сочетались с повреждением мозгового черепа в 6,8% случаев, орбиты – в 10,4%, челюстно-лицевой области – в 24,4%, остальные – с повреждением других областей тела.

Анализ дефектов оказания доврачебной помощи показал, что при поступлении раненых отоларингологического профиля непосредственно из района боевых действий асептическая повязка не наложена 48% пострадавших. Не введены обезболивающие средства в 30% случаев, передозировка наркотических анальгетиков отмечена в 10%. Ни одному раненому не была начата инфузионная терапия, хотя и позволяла оперативная обстановка.

Наиболее частыми ошибками на этапе первой врачебной помощи были следующие:

1. Грубое, неэкономное, нерациональное иссечение мягких тканей при первичной хирургической обработке раны лица. Поздняя хирургическая обработка ран лица, осложнившихся развитием раневой инфекции. Все это приводило в дальнейшем к выраженным косметическим дефектам.

2. Недостаточное дренирование ран шеи при проведении первичной хирургической обработки, а также наложение ранних первичных швов на эти раны.

3. Несвоевременная диагностика поражения слухового анализатора взрывными факторами.

4. Неоправданная в ряде случаев трахеотомия.

Квалифицированная медицинская помощь была оказана только 61,3% раненых отоларингологического профиля. У 13,3% пострадавших проведены оперативные вмешательства по жизненным показаниям, из них трахеотомия – у 30%, остановка кровотечения путем перевязки сосудов в ране шеи – у 30%, сосудистый шов общей сонной артерии – у 10%, трахеотомия и перевязка сосудов в ране – у 30%.

Специализированная медицинская помощь оказывалась 38,7% раненых. Лечебно-диагностические мероприятия можно условно разделить на четыре группы. В первую группу вошли мероприятия, связанные с продолжающимся или возобновляющимся кровотечением из ЛОР-органов, нарушением дыхания и глотания, проникающими ранениями шеи, внутреннего и среднего уха. Вторую группу составили мероприятия по уточнению диагноза с помощью дополнительных клинических, рентгенологических и эндоскопических методов исследования для решения вопроса о необходимости и очередности повторных хирургических вмешательств. Третья

группа включала обследование и хирургическую обработку ран, четвертая – косметическую и функциональную реабилитацию раненых.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кравцевич Л.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра оториноларингологии, стоматологии

Лечение больных с флегмонами челюстно-лицевой области представляет значительные трудности в связи со значительным ростом числа больных с тяжелыми формами, учащением случаев генерализации инфекции, а также изменением видовой специфичности и вирулентности микроорганизмов.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения низкоинтенсивного лазерного излучения при лечении больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования. Проведено лечение 60 больных с флегмонами ЧЛО в возрасте от 16 до 70 лет. Больные были распределены на 2 группы по 30 человек – основную и контрольную. Основным методом лечения у всех больных было широкое вскрытие и дренирование гнойных очагов и санация источника инфекции. Медикаментозная терапия включала антибактериальные, противовоспалительные десенсибилизирующие и дезинтоксикационные средства. Больным основной группы через сутки после оперативного вмешательства назначали лазерную терапию. Облучение ран осуществляли аппаратом лазерным терапевтическим Родник-1 с длиной волны 670 ± 20 нм, плотность мощности лазерного излучения 120-150 мВт/см², время экспозиции 5-10 мин.

Для объективной оценки эффективности лечения проводились клинико-лабораторные биохимические, бактериологические, иммунологические, цитологические исследования мазков отпечатком с поверхности ран. Учитывали сроки исчезновения отека, рассасывания инфильтрата, прекращения выделения гноя из раны, появления грануляций и эпителизации раны.

При исследовании мазков определяли: клеточный состав раневого отделяемого, количество и характер микрофлоры, признаки заверщенного и незавершенного фагоцитоза. Мазки-отпечатки брали с поверхности послеоперационных ран во время операции, через 1, 3, 7 и 9 суток от начала лечения.

Результаты и обсуждение. Анализ и обработка клинического материала свидетельствуют, что у больных основной группы инфильтрат рассасывался в среднем через $8,4 \pm 0,7$ дня, в контрольной группе – через $11,2 \pm 0,6$ дня. Отделяемое из раны прекращалось через $6,5 \pm 0,5$ дня, а у пациентов контрольной группы – через $7,5 \pm 0,4$ дня. Образование грануляций начиналось через $7,2 \pm 0,4$ дня, в контрольной группе – через $8,9 \pm 0,2$ дня.

При проведении цитологического исследования гнойных ран через сутки с момента оперативного вмешательства цитологическая картина отделяемого гнойных ран в обеих группах характеризовалась резкой воспалительной реакцией. В мазках отпечатках среди большого числа неизмененных эритроцитов выявлялись полиморфно-ядерные лейкоциты в стадии дегенерации. В значительном количестве определяли кокковую флору. После 6-7 сеансов применения низкоинтенсивного лазерного излучения количество микробов снижалось до единичных в препарате, определялось большое количество моноцитарных клеток, макрофагов.

Выводы. Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексной терапии флегмон челюстно-лицевой области способствует более эффективному проведению лечения и реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Левенец, А.А. Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области / Левенец А.А., Чучунов А.А. // Стоматология. – 2006. – № 3. – С.27-29.

2. Буйлин, В.А. Низкоинтенсивные лазеры в хирургии: реальность и перспективы / В.А. Буйлин, Е.И. Брехов, В.И. Брыков // Анналы хирургии. – 2003. – № 2. – С.8-10.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Кравцевич Л.А., Радевич А.П., Колесник В.И., Солтан Л.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии

Гродненская областная клиническая больница, Беларусь

Проблема лечения больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области остаётся актуальной до настоящего времени. Наиболее распространёнными среди этой группы больных являются одонтогенные флегмоны.

Анестезии при операциях в челюстно-лицевой области относятся к категории высокого риска сложности в связи с особенностями анестезиологического обеспечения.

Цель работы: обоснование методов обеспечения проходимости дыхательных путей и повышения безопасности анестезиологического пособия у больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 68 больных – 49 мужчин (72,1%), 19 женщин (27,9%) в возрасте от 16 до 70 лет с одонтогенными флегмонами лица и шеи, распространяющиеся на 2 и более клетчаточных пространства. По физическому состоянию около 68% составили пациенты 1-2 класса ASA, и около 32% – больные 3-4 класса ASA. Оценка верхних дыхательных путей проводилась по шкале Маллампа: около 26% пациентов относились ко 2-му классу, около 74% пациентов относились к 3-4 классам.

Результаты. У 42 пациентов после внутривенной седации, которая включала в себя применение фентанила, дроперидола и небольших доз кетамина (из расчёта 1мг/кг), и проведение прямой ларингоскопии, визуализировался край надгортанника, а при надавливании на гортань можно было увидеть край голосовой щели. У этих больных удавалась оротрахеальная интубация с применением стилета-проводника, введённого в ЭТТ и последующее проведение общей анестезии с применением ИВЛ.

У 10 пациентов с целью предупреждения проходимости дыхательных путей во время индукции в анестезию назотрахеальную интубацию проводили на спонтанном дыхании с внутривенной седацией и сохранённом сознании. У всех этих больных отмечены разные ответные реакции со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, что было обусловлено психоэмоциональным напряжением. Помимо этого, у данных пациентов, даже при нормальном открывании рта наблюдалось сужение ротоглотки, увеличение объёма и дистальное смещение языка, ухудшение его подвижности, выраженная отёчность тканей вокруг нижней челюсти.

В 12 случаях при проведении общей анестезии по эндотрахеальной методике интубация трахеи изначально выполнялась при помощи фибробронхоскопа, т.к. предполагалась облигатная трудная интубация (ИТИ-5 и более). Клинический анализ анестезий показал, что интубация трахеи при помощи фибробронхоскопа является альтернативным методом, позволяющим избежать трудностей при интубации трахеи.

У 4 больных, в связи с обширными поражениями и распространённостью процесса обеспечить проходимость дыхательных путей во время анестезии всеми вышеперечисленными методами не представлялось возможным. В связи с этим до начала анестезии была выполнена трахеотомия с последующей интубацией трахеи.

Выводы. Таким образом, при проведении эндотрахеального наркоза у больных с тяжёлыми флегмонами челюстно-лицевой области необходимо тщательно планировать анестезию и обеспечить её безопасность, т.к. пациент в этой ситуации

может погибнуть не от невозможности интубации, а в результате неадекватной оксигенации в связи с невозможной вентиляцией маской.

Литература:

1. Робустова, Т.Г. Современная клиника, диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний / Т.Г. Робустова // Российский стоматологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 11-16.

2. Шаргородский, А.Г. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи / А.Г. Шаргородский. – М: ГЭОТАР – МЕД, 2002. – 528 с.

ПРОФИЛЬ ЛИЧНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Кравцевич А.А., Хаустович А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Королева Е.Г.

Выше названная тема является актуальной, т.к. находится на стыке двух наук: медицины и психологии. Актуальность исходит из того, что многие соматические заболевания можно назвать психосоматическими, т.е. такими, где психические и психологические факторы играют важную, а иногда и первостепенную роль.

Цель исследования: выявление личностного профиля психосоматического больного, направленное на выработку возможных направлений профилактики и терапии.

Задачи исследования:

1. Проведение интервьюирования с целью формирования выборки.
2. Выявление неудовлетворенных потребностей психосоматических больных методом цветowych выборов.
3. Исследование личностного профиля при помощи опросника 16 –PF.
4. Выработка возможных направлений профилактики.

Методы исследования:

1. Клиническое обследование (общесоматическое обследование пациентов в стационаре ГКБ №3 г.Гродно).
2. Интервьюирование пациентов.
3. Психологические методы: (метод цветowych выборов (модификация восьмицветового теста Люшера) и опросник 16-PF Рэймонда Кеттелла).

Результаты исследования: По результатам интервьюирования наиболее часто встречающийся возрастной контингент женщин среди психосоматических больных – старше 45 лет, мужчин – 29-30 лет. Развитию заболевания предшествует конфликтная ситуация, основной стиль разрешения которой – уход от решения возникших проблем в соматическое заболевание.

По результатам исследования 16-PF выявлено высокое значение по фактору А (отзывчивость), коррелирующее с высоким значением по фактору L (подозрительность) и взаимосвязанное с низким значением по фактору Н (робость). Также показательной является взаимосвязь между высоким значением по фактору О (склонность к опасениям) и низким значением по фактору С (эмоциональная неустойчивость).

По методу цветowych выборов у лиц мужского пола на первый план выходит потребность в сохранении своих позиций и уважении со стороны значимых окружающих (сочетание +6 -4), у женщин – неудовлетворенная потребность в любви и теплых отношениях(+6 -1). У обоих полов выявлена эмоциональная неустойчивость и проблема подавленной агрессии(71).

Выводы:

1. Психосоматический больной представляет собой эмоционально лабильную, склонную к самоанализу, высокоинтеллектуальную личность, стремящуюся к общению, но с трудностями при вступлении в социальные контакты и склонную к фиксации внимания на неудачах.

2. Возрастной контингент психосоматических больных: женщины старше 45 лет с неудовлетворенной потребностью в близких отношениях;
мужчины 29–30 лет с неудовлетворенной потребностью в уважении со стороны значимых других.

3. Направления профилактики и терапии: участие в группах личностного роста (приобретение навыков коммуникации и эффективного разрешения конфликтов).

Литература:

1. Королева Е.Г. Психосоматика: учебное пособие .Минск 2007 г.
2. Александр Ф.Психосоматическая медицина Москва 2002 г.

МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

Кринец О.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ильина С.Н.

Актуальность. Прогрессирующая близорукость, а также ее осложнения представляют сложную и весьма актуальную проблему. Указанная патология имеет высокую социальную значимость, обусловленную психологическими изменениями у пациентов, часто приводящая к ограничению зрительной трудоспособности и профессиональной ориентации. [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния мультирезонансной магнитотерапии на прогрессирование близорукости и эффективность сохранения зрения у детей.

Задачи и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 учащихся (12 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 6 до 17 лет, из них с близорукостью слабой степени 10 человек, средней степени – 13 человек и высокой степени – 7 человек. Всем детям осуществляли визометрию, офтальмоскопию, биомикроскопию, скиаскопию. Исследования проводили до лечения, а также после курса лечения через 3, 6 месяцев.

Процедуру мультирезонансной магнитотерапии проводили в положении пациента лежа на спине с помощью аппарата МРС – 67 (КВЗ, Россия). Курс лечения составлял 10 процедур по 10 минут для каждого глаза.

Результаты и обсуждение. Острота зрения без коррекции у детей с близорукостью слабой степени повысилась в 59,3% случаев в среднем почти в 2 раза, при средней степени в 38,5% случаев, а в группе детей с высокой близорукостью – в 24,8% случаев. Отмечено увеличение резервов абсолютной аккомодации в 78,5% случаев. Положительная часть относительной аккомодации при близорукости слабой степени увеличилась в 76,4% случаев на $1,8 \pm 0,1$ дптр и при близорукости средней степени в 89,4% случаев на $0,9 \pm 0,1$ дптр. При близорукости высокой степени показатели аккомодации повысились в 66,3% случаев на $0,9 \pm 0,1$ дптр и в 56,4% случаев на $0,6 \pm 0,1$ дптр. Положительный эффект курса лечения сохранялся 3 месяца в 73,2% случаев, до 6 месяцев – в 29,4% случаев, до 1 года в – 13,2% случаев. Это и явилось показанием для проведения повторных курсов лечения с кратностью 3 – 4 раза в год. При изучении состояния аккомодации наибольший эффект лечения сохраняется в течение 3-х месяцев у детей со слабой степенью близорукости. Резерв аккомодации у них с $2,4 \pm 0,21$ достигает $2,0 \pm 0,13$ дптр, а запас относительной аккомодации уменьшается на 18,5. Определение резерва аккомодации через 12 месяцев показало, что при слабой близорукости он составляет $1,2 \pm 0,20$ дптр; при средней степени – $1,4 \pm 0,16$ дптр; при высокой – $1,1 \pm 0,11$ дптр. Установлено, что резерв и запас относительной аккомодации через год после лечения возвращаются к исходным величинам в 87,3% случаев.

Выводы.

1. Использование мультирезонансной магнитотерапии ведет к стабилизации прогрессирования близорукости, снижению темпа ее развития.

2. Положительный эффект курса лечения сохраняется 3 месяца в 73% случаев, до 6 месяцев – в 29% случаев. Это является показанием для проведения повторных курсов лечения с кратностью 3 – 4 раза в год.

3. Высокая эффективность, отсутствие отрицательных побочных реакций, доступность позволяют рекомендовать МРМТ для лечения детей с прогрессирующей близорукостью непосредственно в специализированных школах.

Литература:

1. Hawkins B., Bird A., Klein R., West S. // *Molecular Vision*. – 1999. – Vol. 5. – № 11. – P. 511-518.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ БИОХИМИЧЕСКОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Криницкий Д.Ю., Горгадзе Д.Л., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.м.н. Курбат М.Н.

Проведя исследования головного мозга крыс, можно обнаружить, что биологически активные вещества неравномерно распределены между структурами ЦНС, а также правой и левой половинами ствола мозга относительно среднесагиттальной плоскости.

В левом бледном шаре, базальных ядрах серотонина больше, чем в правых. Если доминирующим является правое полушарие, то выявляются обратные количественные соотношения серотонина между системами правого и левого полушарий.

В гипоталамусе синтез катехоламинов заканчивается образованием дофамина. Дофамин вырабатывается еще и в стриарной системе, миндалине. Дофамина расположено больше в правой миндалине.

У крыс в хвостатых и прилежащих ядрах обнаружено количество норадреналина одинаковое, а в миндалине и черной субстанции выше в правом или левом полушарии. Норадреналина в правом обонятельном бугорке у крыс больше, чем в левом, и, наоборот, больше в левом таламусе.

Уровень гонадотропин-рилизинг-гормона в правой половине медиального базального гипоталамуса крысы значительно выше, чем в левой. Содержание гормона в левых вентромедиальных паравентрикулярных ядрах выше, чем в правых.

Имеются данные относительно содержания норадреналина, дофамина, холин-ацетилтрансферазы, гаммааминомасляной кислоты, а также свободных жирных кислот в полушариях мозга. Содержание перечисленных соединений в левом полушарии больше, чем в правом. Для лобной доли характерно повышенное содержание N-ацетиласпартата и креатина в правом полушарии, а для теменной доли преобладание этих веществ и инозитола в левом полушарии головного мозга.

Измерение содержания свободной и мембран-связанной цистеинаминопептидазы и аспартатаминопептидазы в префронтальной коре показали у крыс преобладание в левом полушарии на 40% для свободной цистеинаминопептидазы и аспартатаминопептидазы и на 100% для мембран-связанной цистеинаминопептидазы. Содержание цистеинаминопептидазы и глутаминаминопептидазы в амигдале преобладает в правом полушарии на 30% и 125%, соответственно. В гиппокампе содержание аламинаминопептидазы, свободной и мембран-связанной цистеинаминопептидазы и аспартатаминопептидазы в левом полушарии превосходит таковое в правом на 80%, 80%, 300% и 100% соответственно.

Выявлено, что в вентромедиальном, в дорсальном и паравентрикулярном ядрах содержание тиреотропного-релизинг гормона преобладает в левых отделах гипоталамуса.

В основе нейрохимической асимметрии лежит различная активность клеток, что определяется степенью сопряжения процессов окислительного фосфорилирования и транспорта электронов в цепи тканевого дыхания во внутренней мембране митохондрий. Таким образом, чем выше степень сопряжения, тем выше биохимическая

активность клетки, тем большие количества биологически активных веществ она синтезирует. Все это играет большую роль в возникновении функциональной асимметрии.

Литература:

1. Никонов, Ю.В. Межполушарная асимметрия головного мозга и квантовые статистики при алкогольной зависимости / Ю.В. Никонов // Асимметрия. – 2010 – Т.4. – №1. – С. 12-23.

2. Capper-Loup, C. Hemispheric lateralization of the corticostriatal glutamatergic system in the rat / C. Capper-Loup, D. Rebell, A. Kaelin-Lang // J. Neural. Transm. – 2009. – Vol. 116. – P. 1053-1057.

ЗИГМУНД ФРЕЙД И ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ (ИСТОРИКО-БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Криницкий Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор Зиматкин С.М.

Безусловно, Зигмунд Фрейд (1856 – 1939) – один из самых знаменитых врачей мировой истории. Философ, психиатр, выдающийся учёный и «отец» широко распространённого сегодня психотерапевтического направления – психоанализа. Данная работа посвящена одной весьма любопытной, но малоизученной странице биографии Зигмунда Фрейда – его научным работам в области фундаментальных медицинских наук и, в частности, гистологии.

В 17 лет, осенью 1873 года, Фрейд поступил на медицинское отделение Венского университета. В марте 1876 года Фрейд под руководством профессора Карла Клауса исследовал половую жизнь угря. В частности, изучал строение семенников у самца угря. С 1876 по 1882 год он работал в лаборатории психологии Эрнста Брюкке, изучая гистологию нервных клеток. Работа в лаборатории Фрейду очень нравилась и за эти шесть лет он досконально овладел гистологическими методами. В этот период Фрейд опубликовал несколько значительных статей о нервной системе низших животных и выдвинул ряд идей о нервных клетках и их взаимосвязях. В 1881 году Зигмунд Фрейд с отличием сдал выпускные экзамены и получил степень доктора медицины.

В 1882 году Фрейд приступил к медицинской практике. Научные интересы привели его в главную больницу Вены, где он начал исследования в Институте церебральной анатомии. Работая в институте, Фрейд совершенствовался в невропатологии. В 1884 году он изобрел метод окрашивания нервных путей хлоридом золота. Первая из публикаций Фрейда по нейроанатомии касалась связей слухового нерва (1885). Затем он публикует исследовательскую работу о чувствительных нервах и мозжечке (1886), далее еще статью о слуховом нерве (1886). Из его работ по клинической неврологии две были особенно значительны. Так, его книга о детском церебральном параличе и сегодня считается важным вкладом в медицинскую науку; а другая – «Об афазии» (1891) – менее известна, но с точки зрения теории может считаться более фундаментальной, т.к. в ней Фрейд впервые выступил с аргументированной критикой общепринятой тогда концепции локализации функций мозга в определенных его центрах и предложил альтернативный функционально-генетический подход к изучению психики и ее физиологических механизмов. В статье «Защитные невропсихозы» (1894) и работе «Исследование истерии» (1895, совместно с И. Брейером) было засвидетельствовано, что существует обратное воздействие психической патологии на физиологические процессы и зависимость соматических симптомов от эмоционального состояния пациента.

Таким образом, выдающийся психиатр и учёный с мировым именем Зигмунд Фрейд в начале своей научной деятельности серьёзно занимался гистологией и нейроанатомией, что помогло ему глубже проникнуть в тайны строения и функциони-

рования мозга, развить свои аналитические способности для будущих открытий в психиатрии и психотерапии. Эта информация может быть особенно интересна студентам медико-психологического факультета.

Литература:

1. Зейгарник Б. В. Теории личности в зарубежной психологии. – М.: Изд-во МГУ, 1982.
2. Зигмунд Фрейд – основатель новой научной парадигмы. Материалы Международной психоаналитической конференции. 16-17 декабря 2006 г. Москва / Под ред. А.Н. Харитоновой, П.С. Гуревича, А.В. Литвинова. В 2-х т. Т. I. – М.: Русское психоаналитическое общество, 2006. – 421 с.
3. Феррис П. Зигмунд Фрейд. – Минск: Попурри, 2001. – 432 с.

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ КОНЦЕПТА ДОМИНАНТЫ (БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Криницкий Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Орехов С.Д.

А.А. Ухтомский рассматривал доминанту как принцип работы нервной системы, принцип организации психического аппарата. Доминанта – это очаг возбуждения, который, возникая, привлекает к себе сторонние возбуждения, протекающие в других центрах, подкрепляется за их счет, благодаря чему усиливается и производится работа, поддерживаемая доминантой. При этом активность других центров затормаживается, а внешнее проявление их работы ослабляется, замедляется или вообще нивелируется [1]. Этот механизм обеспечивает координированность работы всего психического аппарата, целостность организма как системы. С точки зрения принципа доминанты, важнейшей характеристикой интеграции является способность осуществлять в каждый текущий период времени одну определенную адаптивную форму поведения.

При своем возникновении доминанта представляет собой некую целостную систему, которая с самого начала образует центральную программу, предусматривающую не только последовательность отдельных действий организма в среде, но и конечный результат их, ради достижения которого и образуется доминанта. Результат действия с самого начала включается составной частью в образующийся алгоритм.

Посредством работы доминантного принципа организм не слепо реагирует на среду, но ориентируется в ней определенным образом и модифицирует самого себя, чтобы в каждой новой своей ориентации достигать высших степеней адаптации.

Когда А.А. Ухтомский говорит об «интегральном образе», он отличает его от понятия (слова), он говорит о том, что стоит за этим понятием. Пользуясь терминологией Л.С. Выготского, «интегральный образ» – есть «значение», которое может получить и свой «знак». Доминанта изменяет «сырой материал» в соответствии с собственной устремленностью. Именно благодаря возникновению интегрального образа, становится возможной и цель, скрытая, впрочем, уже в самой доминанте, – этот образ конструирующей. Близость концепта доминанты и понятия «мотива» вполне очевидна, поскольку доминанта есть «цепной рефлекс, направленный на определенный разрешающий акт» [2].

Различие концептов динамического стереотипа и доминанты кроется в объяснительной силе первого и второго. Если концепт динамического стереотипа есть способ констатировать факт, то концепт доминанты позволяет определить место и роль этого факта в ряду других. Только принцип доминанты способен объяснить столь странное обстоятельство: поведение, оставаясь по своей сущности рефлексорным, оказывается «загадочно изменчивым» в стабильной среде и не менее «загадочно инертным» в резко изменяющихся условиях. Сколь угодно существенное измене-

ние динамического стереотипа возможно только в том случае, если сопровождающие его обстоятельства стабильны, и оказывается крайне затруднительным делом, когда эти обстоятельства меняются. Доминанта будет подкреплять сторонними возбуждениями «потревоженный» динамический стереотип и тормозить всякие прочие процессы в нервной системе, предлагающие себя на смену устаревшим.

Литература:

1. Ухтомский А.А. Собрание сочинений. Т. I. Учение о доминанте. – Л.: Изд-во ЛГУ, – 1950. – С. 197–198.

2. Учение А.А. Ухтомского о доминанте и современная нейрофизиология: Сб. научных трудов. – Л.: «Наука», 1990.- С. 58.

КАТЕГОРИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ НОМИНАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ (НА МАТЕРИАЛЕ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА)

Криницкий Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Заборовская О.С.

Взросший интерес к анализу средств вербализации научных знаний объясняется пристальным вниманием специалистов к вопросам теории познания и его отражению в научном языке. Исследование категориальных основ номинации медицинских концептов позволяет найти своеобразный ключ к рассмотрению специфики интеллекта учёного-врача. Языковые единицы и их значения позволяют понять, почему исследуемая специалистом-медиком действительность осмыслена именно так, а не иначе.

Объектом исследования является клиническая психиатрическая терминология, т.е. названия болезней, патологических процессов и лечебных мероприятий. Данный пласт научной медицинской лексики наиболее полно и иллюстративно отражает ментальные процессы, происходящие в сознании автора термина при наименовании патологического явления или реципиента при восприятии этого термина.

Цель исследования. Изучение отражения гносеологических категорий и их признаков в клинической психиатрической терминологии, выявление специфики языковых единиц и их соответствия структурам знания профессиональной области.

Задачи исследования. Для реализации поставленной цели исследования необходимо было решить следующие теоретические и практические задачи:

- Представить номинативные и когнитивные характеристики клинических психиатрических терминов.
- Провести типологизацию гносеологических категорий, участвующих в процессе научного познания патологических явлений и психических состояний человека.
- Выявить набор словообразовательных и лексических единиц, служащих для выражения категориальных признаков понятия.
- Проанализировать роль и место метафоры в формировании исследуемой терминологии. Выяснить основные семантические сферы-«доноры» при образовании метафорических названий болезней.
- Составить словарь клинических психиатрических терминов.

В рамках исследования закономерностей определения семантики и словообразования терминов использованы: метод структурно-семантического анализа, метод сплошной выборки, сравнительно-сопоставительный и описательный методы исследования.

Результаты. Практическая значимость исследования определяется потребностями систематизации и упорядочения современной клинической терминологии. В работе выделяются определяющие признаки когнитивной системы специалиста-медика, в том числе и его терминотворческие способности. Автор работы ставит перед собой задачу формирования банка данных клинической психиатрической терми-

нологии. Материалы исследования представляют собой ценную базу данных для исследования отдельных аспектов этого профессионального языка и других подсистем медицинской терминологии.

В научном языке проецируются как научные (объективные), так и обыденные, или даже наивные знания о мире, которые могут существенно отличаться от научных. Такие знания также имеют право на специальный анализ и на объяснение их происхождения, поскольку они отражают этапы освоения человеком объективного мира через призму своего жизненного опыта, знаний и исторического периода развития естественнонаучной мысли. В процессе познания участвуют категории разной степени абстракции. Сложная языковая структура терминологических единиц, отражающая категориальные признаки, является иллюстрацией многоуровневой иерархии патологических процессов и явлений.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПСИХИАТРИИ

Криницкий Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – Шафаревич И.О.

Среди многообразия медицинских дисциплин психиатрия, несомненно, является одной из наиболее социальных по своему предмету, методологии и практике. Это обуславливается, во-первых, особенностями пациентов практической психиатрии, во-вторых, сложностями диагностики и широким диапазоном психических расстройств от пограничных нарушений адаптации до выраженных хронических психозов и слабоумия. Многие социальные факторы, воспринимаемые и осознаваемые личностью, могут становиться патогенными, приводить к деформированию социальных отношений индивида и, как следствие, определять развитие психической патологии.

Возникновение и развитие биоэтики во многом было ответом на так называемые «проблемные ситуации» в современной медицине. Некоторые основополагающие проблемы биоэтики оказались исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи. В то же время определился и ряд специфических для психиатрической практики проблем, которые требуют отдельного этического анализа и не могут быть решены путем простых аналогий с другими сферами медицинской деятельности.

Дилемма патерналистского и непатерналистского подходов в современной медицине является «сквозной» для биоэтики в целом. При патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента полноту ответственности за принятие клинических решений берет на себя врач.

Следующей этической проблемой психиатрии являются существующие сложности разграничения нормы и патологии, гипердиагностика психических заболеваний, перенос клинических оценок и терминов на множество вариантов индивидуального своеобразия личности и социального поведения человека.

Еще одной этической проблемой является возможность применения к некоторым категориям психически больных недобровольных мер принуждения, в частности, речь идет о недобровольном лечении. В этико-юридическом плане – это типичная «проблемная ситуация», так как пациенту в данном случае должны быть обеспечены специальные гарантии защиты его гражданских прав.

Следующей задачей психиатрической этики становится регулирование социальных санкций в отношении психически больных. Неоправданное ограничение прав больных, пренебрежительное к ним отношение, унижение человеческого достоинства сформулировали необходимость осмысления данной проблемы и формирования идеологии защиты прав психически больных людей.

Наконец, еще одна этическая проблема в психиатрии – выраженная негативная социально-этическая нагрузка диагноза психического расстройства как такового.

Здесь будет уместно употребить такой термин, как «стигма» психического расстройства, основными аспектами которой является выделение обладателя психиатрического диагноза из общества как девианта и его дистанцирование с приписыванием затем бытующих в обществе представлений о душевнобольных, что обуславливает последующую дискриминацию.

Таким образом, задачей психиатрической этики является преодоление стигмы и повышение толерантности общества к психически больным.

Литература:

1. Биомедицинская этика: сб. науч. ст./под ред.: Покровского В.И.- М.: Медицина, 1997.-224 с.

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ: КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА

Кринчик Т.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Евсегнеев Р.А.

Актуальность проблемы оценки психических и поведенческих расстройств у несовершеннолетних потерпевших не вызывает сомнения, т. к. соответствующие исследования в Республике Беларусь не проводились. Не налажены механизмы взаимодействия правоохранительных органов, организаций здравоохранения, обеспечивающих психиатрическую помощь потерпевшим, и экспертных учреждений, выполняющих судебно-психиатрические, комплексные судебные психолого-психиатрические, комплексные судебно-медицинские и психолого-психиатрические экспертизы. В связи с этим, цель исследования заключается в определении распространенности и характера психических расстройств у несовершеннолетних потерпевших при различных видах совершенных в отношении них противоправных действий. Задачи исследования: определить распространенность и характер психических расстройств у потерпевших, которым назначались упомянутые выше экспертизы; выявить социально-демографические факторы, повышающие вероятность совершения преступлений в отношении несовершеннолетних лиц с психическими расстройствами; разработать практические рекомендации по использованию результатов исследования в деятельности врачей-психиатров-наркологов организаций здравоохранения и сотрудников правоохранительных органов. В 2007 – 2009 гг. на базе отдела амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по г. Минску и Минской области Государственной службы медицинских судебных экспертиз проводилось сплошное исследование потерпевших, которым назначались судебно-психиатрические, комплексные судебные психолого-психиатрические, комплексные судебно-медицинские и психолого-психиатрические экспертизы. Из 170 обследованных потерпевших 74 (43,5 %) были несовершеннолетними. Использовались такие методы исследования, как клинико-психопатологическое наблюдение, сбор анамнеза, а также диагностические критерии психических и поведенческих расстройств в соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) [1]. При постановке диагнозов применена многоосевая версия МКБ-10 [3]. Для потерпевших старше 13 лет, психическое состояние которых допускало проведение методик, дополнительно использовались опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI) и опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom Check List-90-R (Derogatis et. al, 1974) [4]. Полученные результаты: преступления против половой неприкосновенности чаще совершаются в отношении психически здоровых лиц; у лиц с психическими и поведенческими расстройствами, подвергшихся преступлениям против половой неприкосновенности, чаще встречаются органические, в том числе симптоматические психические расстройства, расстройства поведения и психогенные психические расстройства; критерием отбора пациентов, относящихся к группе риска совершения в отношении них

преступлений против половой неприкосновенности, является наличие у лиц с органическими, в том числе симптоматическими психическими расстройствами, расстройствами поведения и психогенными психическими расстройствами определенных социально-демографических характеристик: возраст от 6 до 17 лет, женский пол, особенности воспитания (гипоопека, реже гиперопека), неблагоприятная семейная обстановка (воспитание в неполной семье, отсутствие эмоционально теплых, тесных отношений с родителями, проживание в детском доме). По результатам исследования разработан и внедрен метод отбора и ведения потерпевших врачами-психиатрами-наркологами организаций здравоохранения с целью обеспечения социальной защиты потерпевших и профилактики совершения в отношении них противоправных действий [2]. Выводы. При выявлении психогенных психических расстройств у несовершеннолетних потерпевших врачам-психиатрам-наркологам необходимо: более строго подходить к постановке клинических диагнозов, используя многоосевую версию МКБ-10 и руководствуясь диагностическими критериями психических и поведенческих расстройств; если же диагноз психического расстройства установлен, описывать психическое состояние пациента с указанием характерных для этого состояния диагностических критериев; избегать детальных расспросов о характере психотравмирующей ситуации, особенно если судебно-следственные мероприятия не завершены на момент курации несовершеннолетнего потерпевшего.

Литература:

1. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств / Сост. Дж. Э. Купера / Пер. с англ. Д. Полтавца. – Киев : Сфера, 2000. – 464 с.
2. Кринчик Т.Ю. Метод отбора и ведения потерпевших врачами-психиатрами-наркологами организаций здравоохранения с целью обеспечения социальной защиты потерпевших и профилактики совершения в отношении них противоправных действий: инструкция по применению; утверждена Мин-вом здрав-ния Респ. Белар., регистрац. номер 159-1110 [Электронный ресурс Республ. науч. медиц. библиотеки].
3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10; пер. О.Ю. Донец. – СПб. : «Речь», Москва : «Смысл», 2003. – 407 с.
4. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб : Питер, 2001. – 272 с.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АМИНОКИСЛОТ НА СОДЕРЖАНИЕ ПРОТЕИНОГЕННЫХ АМИНОКИСЛОТ В ЛИМФОЦИТАХ

Кудрик А.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И.Гельберга.
Научный руководитель – Павлюковец А.Ю.*

Протеиногенные аминокислоты составляют основу белковой молекулы. Белки играют ключевую роль в функциональной активности иммунной системы, так как все регуляторные цитокины, рецепторы и ферменты представляют собой белковые молекулы.

Используемые в настоящее время специальные пищевые добавки, как правило, содержат отдельные аминокислоты или их комбинации, клиническое применение которых опирается на концепцию «иммунонутритивной поддержки», направленной на уменьшение частоты инфекционных осложнений и сокращение времени пребывания пациентов в стационаре [2].

Цель исследования – изучение влияния препарата тритарг при внутрижелудочном введении на содержание протеиногенных аминокислот в сыворотке крови и лимфоцитах, выделенных из печени.

Эксперимент проводился на белых крысах-самках массой 140–160 г. Тритарг вводили однократно внутрижелудочно в дозе 35 мг/100г массы. Животных декапировали через 3 ч или 24 ч. Лимфоциты выделяли в градиенте плотности урографи-на (1,077 г/см³). [1]. Определение свободных аминокислот в хлорнокислых экстрактах диализатов лимфоцитов производили методом обращеннофазной ВЭЖХ.

В результате исследования было установлено, что после внутрижелудочного введения тритарга в сыворотке крови снижались концентрации заменимых аминокислот аспартата (на 50%), глутамата (на 49%), аспарагина (на 50%), глутамина (на 47%), серина (на 43%), глицина (на 36%), гистидина (на 38%), пролина (на 89%) и аланина (на 60%). Среди незаменимых аминокислот обнаружено достоверное уменьшение содержания треонина (на 43%), валина (на 50%), изолейцина (на 46%), лейцина (на 46%), тирозина (на 67%) и метионина (на 45%). Большинство из перечисленных аминокислот через 24 ч возвращались к уровню контрольных значений. В отличие от изменений происходящих в сыворотке крови в лимфоцитах, выделенных из печени, через 3 часа после введения тритарга увеличиваются концентрации всех протеиногенных аминокислот, кроме аргинина. Через сутки после введения тритарга наблюдается снижение уровней протеиногенных аминокислот в лимфоцитах печени, а именно – заменимых: аспартата, глутамата, аспарагина, аргинина; незаменимых аминокислот – тирозина, метионина, триптофана, фенилаланина.

Внутрижелудочное введение тритарга через 3 и 24 ч изменяет аминокислотный фонд лимфоцитов печени и сыворотки крови. Снижение содержания протеиногенных аминокислот в сыворотке крови может отражать поступление этих соединений в клетки и свидетельствовать о стимуляции синтеза полипептидов и белка.

Литература:

1. Содержание протеиногенных аминокислот в лимфоцитах, выделенных из крови и печени крыс, после введения смеси аминокислот и микроэлементами-ка/А.Ю. Капитурко//Актуальные теоретические и практические аспекты патофизиологии материалы республиканской конференции с международным участием. – Гродно. – 2010. – С. 291-295.

2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. – N.Y.: Escom, 1990. – 1196 p.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Кузина Т.В., Романчук О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доц. Жемойтяк В.А.

В подавляющем большинстве стран регистрируется стабильное увеличение частоты сахарного диабета 1 типа (СД 1) у детей. Заболеваемость СД 1 значительно различается в зависимости от места проживания ребенка. Широкая вариабельность заболеваемости может быть объяснена не только генетическим различиями, но и воздействием различных факторов окружающей среды. Многие из этих факторов связаны с индустриализацией и изменениями стиля жизни. В европейских многоцентровых исследованиях по эпидемиологии и профилактике СД 1 у детей (EURODIAB) была установлена сильная ассоциация с детской смертностью (отрицательная корреляция), а также с известными ранее показателями, такими как потребление молока и кофе. Многие из индикаторов национального благосостояния, ассоциированных с СД 1, являются аналогами факторов риска. Эти факторы могут приводить к нарушению нормального развития иммунной системы и повышению частоты аутоиммунных заболеваний.

Целью исследования явилось выявление факторов, которые могут быть как триггерами, так и факторами, способствующими манифестации СД 1 у детей.

Материал и методы. Методом анкетирования (анкета разработана самостоятельно) опрошены семьи 54 детей, страдающих СД 1 и проживающих в г. Гродно. Из

них 30 мальчиков и 24 девочки.

Эпидемиологические исследования показывают, что употребление коровьего молока генетически предрасположенными к СД детьми в возрасте до 3 месяцев повышает риск развития у них СД 1 в будущем. Среди опрошенных количество детей, находившихся на раннем искусственном вскармливании, составили 40%.

По данным литературы наблюдаются два возрастных «всплеска» заболеваемости СД у детей – в дошкольный и пубертат. По возрастам обследованные дети распределились следующим образом: детей в периоде новорожденности и в грудном возрасте – нет; дошкольный возраст – 16 (29,6%) человек, из них мальчики и девочки в равных количествах; дошкольный период – 18 (33,3%), при этом отмечалось значительное превалирование мальчиков в этой возрастной группе – 14 мальчиков и 4 девочки (77,8% и 22,2% соответственно). В старшем школьном возрасте (20 человек – 37%) имелось незначительно превалирование девочек (60% и 40% соответственно).

В большинстве стран СД имеет сезонный характер манифестации, что связывают с повышенной частотой инфекционных заболеваний или с дефицитом витамина ДЗ в эти периоды. Наибольшая частота по данным литературы наблюдается в осенне-зимний период. Анализ результатов анкетирования показал всплеск манифестации СД 1 в августе и пик в декабре.

Анализ частоты реакции на прививки у детей с СД 1 показал, что 22% детей имели данный тип осложнений, обычно в виде гипертермии. Аллергические реакции выявлены у 30,8% обследованных. Аденоидэктомии были подвержены 33% опрошенных!

Таким образом, согласно полученным данным, к факторам риска по СД 1 у детей можно отнести: раннее искусственное вскармливание, дошкольный возраст у мальчиков, реакции на прививки, наличие аллергических заболеваний и аденоидэктомии.

Литература:

1. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков / И.И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 158 с.
2. Diabetologia: praktyczny poradnik; pod red. K. Strojka. – Poznan, 2007. – 196 p.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ПРОФИЛАКТИКЕ ЙОДОДЕФИЦИТА

Кукса В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ассист. Гаджиева Ф.Г.

Патология щитовидной железы встречается достаточно часто как среди взрослого, так и среди детского населения. Согласно мировой статистике, различными заболеваниями щитовидной железы страдают не менее 3% населения планеты. В Республике Беларусь эта цифра всегда была выше, поскольку страна, является «зоной природного, или геофизического йододефицита»[1].

Есть несколько способов профилактики и лечения дефицита йода. Самым доступным методом, как признали ученые всего мира, является прием в пищу йодированной соли. Стоимость йодированной соли практически не отличается от обычной соли, а ежедневный ее прием в пищу избавит здорового человека от необходимости покупать биологические добавки и лекарства [2,3].

Цель: анализ информированности студентов 1 курса лечебного факультета УО «ГрГМУ» в вопросах йодопрофилактики и йододефицита.

Задачи исследования: выяснить отношение студентов к медикаментозной йодопрофилактике; установить влияние рекламы на формирование мотивации по применению способов профилактики йододефицита; определить мнение студентов о необходимости йодопрофилактики среди лиц молодого возраста в настоящее время.

На основании материалов, полученных при анкетировании студентов 1 курса лечебного факультета УО «ГрГМУ», проанализированы характер и особенности отношения студентов к проблеме йододефицита и важности профилактики эндемического зоба. Опрошено 52 девушки и 48 юношей 17-23 лет. Исследовались особенности отношения к профилактике студентов разных областей РБ.

Так, в региональных программах профилактики эндемического зоба участвовали 58% опрошенных, при этом 20% никогда не слышали о таких мероприятиях. 40% респондентов отмечают наличие случаев нарушения функции ЩЖ у родственников. При этом только 15% из них проводят медикаментозную профилактику препаратами йода. Наиболее богатыми продуктами по содержанию йода студенты считают морскую рыбу, морскую капусту и грецкие орехи. Интересен тот факт, что 13% опрошенных никогда не посещали эндокринолога. Только 15% студентов целенаправленно употребляют продукты с повышенным содержанием йода с целью йодопрофилактики. Студенты отмечают важность пропаганды вопросов йододефицита в средствах массовой информации (в особенности по телевидению, в интернете). Чаще всего они слышали о таких препаратах, как – йодомарин, тироксин, йодобаланс.

В целом необходимость пропаганды способов йодопрофилактики в настоящее время отмечают 97% респондентов, и только 3% не видят в этом целесообразности.

Литература:

1. Карюхина, Т. Со щитом иль на щите, многовековые проблемы «щитовидки» / Т. Карюхина // БелГазета [Электронный ресурс]. – 2007. – Режим доступа: – <http://www.belgazeta.by/20070402.13/070233161>. – Дата доступа : 12.09.2010.
2. Профилактика йододефицита [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа : – <http://www.unicef.ru/programms/infancy/preventive>. – Дата доступа : 10.10.2010.
3. Хрионович, В. Йод просто – для здоровья, ума и роста / В. Хрионович // Дзвінская праўда [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа : – <http://www.d-pr.by/?q=node/285>. – Дата доступа : 10.11.2010.

ОБУЧЕНИЕ РЕФЕРИРОВАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТОВ НА ИНОСТРАННОМ ЯЗЫКЕ

Кулагина М.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Семенчук И.В.

Одна из конечных целей обучения иностранному языку в медицинском вузе – научить студентов свободно ориентироваться в текстах по специальности и излагать извлеченную информацию в виде реферата. Согласно требованиям Типовой учебной программы для высших учебных заведений по дисциплине «Иностранный язык» (2008 г.), реферирование аутентичного или частично адаптированного научно-популярного текста является одной из форм итогового контроля по предмету.

Проблема обучения реферированию научно-технического текста по специальности является достаточно изученной (А.А. Вейзе, Е.И. Дубовик, В.Б. Григоров, О.И. Цибина, В.А. Конышева и др.). Тем не менее, не существует современного учебного пособия по обучению реферированию специальных медицинских текстов. В учебнике английского языка для медицинских вузов И.Ю. Марковиной, З.К. Максимовой, М.Б. Вайнштейн (2010 г.) даны примеры аннотаций и рефератов медицинских текстов, но отсутствует методическое обоснование основных приемов реферирования, не предложены упражнения, направленные на формирование умений составления реферата. Все вышеизложенное обусловило актуальность данного исследования.

Цель работы. Методически обосновать и разработать комплекс упражнений по обучению реферированию специальных медицинских текстов.

Для решения поставленной цели были выдвинуты следующие **задачи**:

- Изучить особенности реферата как одной из форм компрессии первичного текста.
- Определить основные этапы создания реферата.
- Методически обосновать комплекс упражнений, направленных на формирование умений составления реферата специальных медицинских текстов.
- Разработать комплекс упражнений, направленных на формирование умений составления реферата специальных медицинских текстов.

Объектом исследования является процесс обучения реферированию специальных медицинских текстов на иностранном языке.

Материалы и методы. Изучение теоретических источников по лингвистике и методике преподавания иностранного языка по исследуемой проблеме; анализ учебных пособий и методических разработок по обучению реферированию.

Результаты. Сделан обзор литературы по обучению реферированию научно-технических текстов по специальности; определены основные этапы создания реферата (подготовительный, аналитических и синтетических операций); дано методическое обоснование комплекса упражнений по обучению реферированию специальных медицинских текстов на иностранном языке; разработан комплекс упражнений по обучению реферированию специальных медицинских текстов по темам: сердечно-сосудистая, респираторная, пищеварительная, мочевыделительная, опорно-двигательная и центральная нервная системы.

Выводы. Успешное обучение реферированию специальных медицинских текстов зависит от ряда факторов. Важнейшие предпосылки составления реферата – это понимание первоисточника, знание структуры и лингвистических особенностей реферата, владение методикой реферирования.

Практическая значимость. Разработанная система упражнений может быть использована при обучении студентов медицинских специальностей, а также аспирантов и магистрантов реферированию специальных медицинских текстов на иностранном языке.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кулан О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Кравчук Ю.В.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические особенности и качество диагностики респираторно-синцициальной инфекции (РС-инфекции) в современных условиях.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели использовали данные историй болезни с РС-инфекцией лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2008–2010 годах. Частотные данные обработаны методом вариационной статистики, а данные процентной частоты анализируемых показателей обработаны методом вариационной статистики по методу И.А. Ойвина (1959).

Результаты исследования. Анализируемая группа состояла из 116 больных РС-инфекцией. Из них: 68 лиц мужского пола (58,6%) и 48 женского пола (41,4%). Средний возраст наблюдавшихся больных составил $15,3 \pm 1,39$ лет. Детей до одного года было 5 (4,2%), в возрасте от года до трех лет – 31 ребенок (27,3 %), в возрасте от 3 лет до 18 лет – 33 ребенка (28,2%), взрослых – 47 больных (40,3%). Интересно, что дети с 0 до 5 лет составили 37,9% (44 ребенка).

Жители города составили 86,2%, а жители сельской местности составили 13,8% из числа наблюдаемых. В квартирах проживало на момент госпитализации 86,2%, а в частных домах – 13,8% пациентов. Не посещали ДДУ в анализируемой группе 25% детей, 34,4% – находились в организованных коллективах, из них 17,2 %

посещали школу, а 17,2% посещали детский сад; 25,2% заболевших составили рабочие, и по 7,7% пришлось на неработающих и студентов ВУЗов. За медицинской помощью в день заболевания обратились 34 человека (29,3%), на 2–3 день обратились 22 человека (18,9%), остальные 51,8% обратились на 4 день и позже. Обращались в среднем на $2,2 \pm 0,27$ день.

При направлении в инфекционный стационар только у 67,2% больных был выставлен диагноз «ОРИ», еще в 12 случаях был выставлен диагноз «Грипп» (10,3%), а в остальных случаях были выставлены другие разнообразные диагнозы. В основном на госпитализацию в инфекционный стационар больные доставлялись бригадой скорой медицинской помощи – $53,4 \pm 4,63\%$ случаев, врачами поликлиник направлялись $34,5 \pm 4,41\%$, а в $12,1 \pm 3,02\%$ – врачами других стационаров.

Анализируя сезонность заболевания РС-инфекцией, выявлено следующее распределение заболевших по сезонам года: весна – 17,2%, лето – 12,1%, осень – 44,8% и зима – 25,9%. Среди всех месяцев года акцент заболеваемости приходится на ноябрь. Указания на контакт с больными ОРВИ имели только $31,9 \pm 4,33\%$.

Заключение. РС-инфекцией болеют в основном дети, особенно в возрасте до пяти лет. Наблюдается сезонность данного заболевания – преимущественно осенний период (пик заболеваемости ноябрь).

Учитывая, что основная масса заболевших проживает в городах, и около трех четвертей посещают организованные коллективы, вероятность сохранения высокого уровня заболеваемости этой высококонтагиозной инфекцией в современных условиях сохраняется.

ЗАМОВЫ ЯК ЭЛЕМЕНТ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кулісевіч Г.А.

Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт

Кафедра рускай і беларускай моў

Навуковы кіраўнік – старшы выкладчык Варанец В.І.

На працягу стагоддзяў жыхары Беларусі, як, дарэчы, і іншых краін свету, сумяшчалі афіцыйную медыцыну з народнай. Адным з элементаў народнай медыцыны і з'яўляюцца замовы. Яны дажылі і выкарыстоўваюцца нават у нашыя дні. У прадстаўленай рабоце падаюцца элементы такой народнай медыцыны ў параўнальнай характарыстыцы з афіцыйнай медыцынай.

Ячмень – вострае гнойнае запаленне слёзнай залозы павека. У пачатку захворвання на краі века утвараецца абмежаваная хваравітая чырванаватая прыпухласць, узнікае ацёк скуры слізистай абалонкі павека. Праз 3-4 дні на верхавіне прыпухласці з'яўляецца гнойная корка, пасля яе адкрыцця вылучаецца гной. Часцей за ўсё ячмень развіваецца з прычыны парушэння гігієнічных правіл – выцірання вачэй брудным ручніком, хусткай або рукамі.

А вось як спраўляліся з гэтай хваробай нашыя продкі на ўсім гістарычным шляху развіцця.

Замова ад ячменя.

Ячмень, ячмень, на табе кукіш (паказаць кукіш ячменю), што хочаш, то купіш. Купі сабе мыльца, памый сабе рыльца, Купі сабе тапарок, сякі папярок. Купі сабе кабылку, кабылка здохня, ячмень засохня.

А вось рожу і па сённяшні дзень многія лечаць “дзедавым” метадам.

Рожа- інфекцыйная хвароба, якая характарызуецца ачаговым серозным або серозным-гемарагічным запаленнем скуры, ліхаманкавай інтаксікацыяй .. Часцей хварэюць жанчыны. Узбуджальнік інфекцыі – бэта-гемалітычны стрэптакок групы А – знаходзіцца ў арганізме хворых як у бактэрыяльнай, так L-форме.

Замова ад рожы.

Першым разам, добрым часам Госпаду Богу памалюся, Прачыстай Мацеры пакланюся. Шла Прасвятая Маць Багародзіца ўтранні проці службы. Чыгала кнігу Евангелл ю, вычитвала скулу-рожу: родную, прыродную, спешную, смешную, па-

думаную, прастуджаную. Ты, скула-скуланіна, жоўтая жаўтавіна, сіняя сінюга, жоўтая жаўтуха, белая бялюга. Тут табе, скула, не стаяць, не калоць, не балець, не свярбець. А я цябе буду выдымаць выгаворваць з касці, з буйныя галавы, з ярых вачэй, народжаную, хрышчоную, малітоўную.

Літаратура:

1. Беларуская народная творчасць. – Мн., 2003.
2. Тлумачальны слоўнік беларускай мовы. – Мн., 1999.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Куль С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Василевский В.П.

Актуальность. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей, даже при безупречной оперативной технике, заставляют постоянно анализировать причины неудач [1]. В настоящее время только реваскуляризирующая операция является высокоэффективным средством лечения этих больных, позволяющим получить устойчивое сохранение жизнеспособности конечности [2].

Цель. С целью определения оптимального вида хирургического лечения окклюзионных поражений артерий нижних конечностей проанализированы результаты современных реконструктивных методик, примененных в сосудистом отделении «Гродненской областной клинической больницы».

Задачи и методы исследования. В период с 2008 по 2010 год бедренно-подколенно-берцовые артериальные реконструкции при хронической критической ишемии нижних конечностей выполнены у 73 пациентов. Метод реконструкции определялся в первую очередь наличием адекватной (диаметр не менее 6 мм) большой подкожной вены и состоянием дистального сосудистого русла.

Результаты. С помощью аутологических сосудистых структур выполнено 10 бедренно-подколенных шунтирований (БПШ) реверсированной веной ниже щели коленного сустава (НЩКС), БПШ проксимальнее ее в 3 случаях, по методике «in situ» у 24 человек. БПШ протезами из политетрафторэтилена (ПТФЭ) выполнено у 30 человек. Армированные каркасные протезы применены у 6 больных при шунтировании НЩКС.

В раннем послеоперационном периоде у 5 (6,8%) пациентов развились осложнения (1-кровотечение из анастомоза, 4-тромбоз), у 2 (2,7%) реваскуляризация конечности не достигнута и произведена ампутация. Показатели ниже статистических 5-летних данных 2003-2007гг. (8,4%, 3,2% соответственно). Конечность с положительной динамикой в функциональном состоянии сохранили у 71 больного (97,3%).

Выводы. Применение современных протезов из ПТФЭ является перспективным наряду с аутовенами при коррекции окклюзионной патологии на бедре. Реваскуляризация периферических отделов конечности по методике шунтирования «in situ» является предпочтительной операцией при реконструкциях с наложением дистального анастомоза НЩКС.

Литература:

1. Гавриленко, А.В. Выбор метода хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей с использованием методики радиоизотопной скинтиграфии / А.В. Гавриленко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2008. – № 3, Том 15. – С. 43-48.
2. Малахов, Ю.С. Анализ результатов хирургического лечения больных с гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей ишемического генеза / Ю.С. Малахов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2009. – № 1, Том 15. – С. 43-48.

СОПОСТАВЛЕНИЕ САМООЦЕНКИ ЧАСТОТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ УЧАЩИМИСЯ КОЛЛЕДЖЕЙ И ОБЪЕКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Куль Т.И., Куль С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – доц., к.м.н. Сурмач М.Ю.

Актуальность. Проблема здоровья учащихся в последние годы привлекает внимание многих ученых, врачей и педагогов [1]. Только здоровое в физическом и нравственном отношении поколение может обеспечить прогрессивное и поступательное развитие общества, его безопасность и международный авторитет [3]. Все это ставит под угрозу увеличивающаяся распространенность алкоголизма среди молодежи. Увеличение частоты употребления алкоголя зачастую обусловлено заниженной оценкой зависимости от алкоголя [2].

Цель. Сравнить самооценку частоты употребления алкоголя учащимися колледжей с реальными цифрами употребления спиртного.

Методы исследования. Проанализированы результаты опроса 300 учащихся колледжей г. Гродно. Средний возраст опрошенных – 17,4 года. Юноши составили 100 (33,3%) опрошенных, девушки – 200 (66,7%). Для анализа информации, полученной при анкетировании, были использованы методы непараметрической статистики, использован пакет прикладных статистических программ Statistica 6,0.

Результаты. На вопрос: «Часто ли вы употребляете алкоголь?» 23,3% учащихся ответили, что употребляют часто, 51% – редко, 19,7% – «вообще не пью», 6% затруднились ответить. Эти показатели при сравнении отражали частоту субъективного употребления.

На вопрос: «Как часто вы употребляли алкоголь на протяжении последнего месяца?» 8% опрошенных ответили, что употребляли 3–4 раза в месяц, 30% – 1–2 раза в месяц, 4,3% – 3–6 раз в неделю, 6,3% – 2 раза в неделю, 10% – 1 раз в неделю, 41,4% – «вообще не пью». Эти показатели при сравнении отражали частоту объективного употребления.

Согласно данным сопоставительного анализа, из тех учащихся, кто считает, что употребляет алкоголь часто, в последний месяц не употребляли его 18,8%, употребляли эпизодически 24,6%. Из «редко» употребляющих 13,8% реально употребляют несколько раз в неделю, то есть регулярно, 7,8% – несколько раз в месяц (часто), 39,8% – 1–2 раза в месяц (эпизодически). Вариант ответа «вообще не пью» выбрали всего 19,7% учащихся. Из них в последний месяц 5,1% употребляли алкоголь 1 и более раз в неделю, 18,9% – несколько раз в месяц. То есть, из числа тех, кто считает, что «вообще не пьет», употребляли алкоголь в последний месяц 24%.

Выводы. Сравнительный анализ объективной частоты употребления алкоголя учащимися колледжей и субъективной оценки показал, что молодые люди неадекватно оценивают своё поведение и его последствия. По объективным данным, употребление алкоголя учащимися колледжей составляет значительный поведенческий риск развития зависимости. Респонденты же считают, что употребляют спиртное редко. Несоответствие субъективной оценки поведению ведет к росту употребления алкоголя среди молодежи.

Литература:

1. Белова, Н.И. Отношение студентов к здоровью и здоровому образу жизни / Н.И. Белова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 1. – С. 14–15.
2. Князев, Ю.Н. Табакокурение и потребление спиртных напитков учащимися ССУЗов и ПТУЗов г. Бобруйска / Ю.Н. Князев // Гигиена, эпидемиология и организация здравоохранения. – 2006. – № 9. – С. 43–44.
3. Крукович, Е.В. Особенности состояния здоровья и питания подростков Приморского края / Е.В. Крукович // Гигиена, эпидемиология и организация здравоохранения. – 2006. – № 9. – С. 43–44.

МЕДИЦИНСКИЙ ТЕРМИН И ЕГО ОСНОВНЫЕ СВОЙСТВА

Курбанова О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – ст. преп. Дымова Е.А.

Проблема изучения медицинской терминологии не утратила до сегодняшнего дня своей актуальности, т.к. медицинская терминология представляет собой сегодня огромный лексический пласт языка науки, насчитывающий десятки тысяч терминов, которые формировались в течение двух с половиной столетий. Процесс формирования и образования новых терминов продолжается и в наше время.

Целью данного исследования явилось определение границ медицинского термина и его основных свойств. Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: определить, единицы какого типа могут быть отнесены к числу терминов, выявить признаки термина вообще и медицинского термина в частности.

Методы исследования выбраны с учётом специфики объекта, языкового материала, целей и задач исследования. Использовались синхронно-описательный и функциональный методы.

В результате проведённого исследования получены следующие **результаты**:

- среди исследователей нет единого мнения по проблеме определения границ термина. К терминам можно отнести как устойчивые, общепринятые термины («языковые термины»), так и речевые термины, свободно конструируемые в процессе научного изложения;

- при определении понятия «термин» можно выделить следующие его признаки: термин – это слово или словосочетание; термин обозначает специальное понятие; термин употребляется в специальной сфере;

- медицинскому термину не присущи такие признаки как краткость и однозначность;

- характерной чертой медицинской терминологии является обилие в ней вариантов и синонимов.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: медицинские термины являются одним из важных и своеобразных объектов лингвистического исследования. Каждая из отраслей медицины имеет свой богатый и достаточно сложный понятийный аппарат, на объёме которого сказывается, безусловно, привнесение в ту или иную конкретную область медицины новых терминов и понятий смежных наук, имеющих важное общемедицинское, теоретико-методологическое или практическое, прикладное значение.

Литература:

1. Дымова, Е.А. К вопросу о терминологическом статусе глагольных единиц подязыка медицины / Е.А. Дымова // Теория и практика преподавания русского языка как иностранного. Достижения, проблемы и перспективы развития: материалы II междунар. науч.-метод. конф., Минск, 15-16 мая 2008 г. / Белорус. гос. ун-т; редкол.: С.И. Лебединский [и др.]. – Мн., 2008. – С.124-127.

2. Лейчик, В.М. Терминоведение: предмет, методы, структура / В.М. Лейчик. – 2-е изд. – М., 2006.

3. Макарихина, О.А. О терминах языка и терминах речи / О.А. Макарихина // Термины и их функционирование: межвуз. сб. – М., 2007.

4. Чейф, У.Л. Значение и структура языка / У.Л. Чейф. – 3-е изд. – М., 2009.

ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ АМИНОКИСЛОТНОГО ФОНДА В ЛОБНЫХ ОТДЕЛАХ КОРЫ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Курбат М.Н., Кринец О.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.м.н. Курбат М.Н.

Нейрофизиологические особенности функционирования правого и левого полушария при ряде патологических состояний, характеризующихся органическим или функциональным поражением ЦНС, изучены недостаточно. Исследование асимметрии мозга и латерализации функций при различной патологии помогает понять центральные механизмы нарушений функционирования ЦНС, а, следовательно, углубить понимание механизмов патогенеза, возможности ранней диагностики и профилактики целого ряда патологических состояний организма. Накопленный к настоящему времени фактический материал практически устраняет сомнение о существовании асимметрии при шизофрении, эпилепсии и других нозологических формах заболеваний. Имеются в литературе данные, что психотропные средства также оказывают латерализованное действие на полушария головного мозга.

В данной работе предпринята попытка выявить наличие асимметрии в фонде свободных аминокислот (АК) в лобных отделах коры больших полушарий головного мозга крыс, находящихся в состоянии прерывистой алкогольной интоксикации. После декапитации на 14 и 28 сутки эксперимента у животных забирались и фиксировались в жидком азоте симметричные участки лобной доли коры больших полушарий. Определение концентрации свободных АК проводили методом ВЭЖХ. Статистическая обработка осуществлялась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

У интактных животных наблюдается преобладание тормозных АК в левой лобной коре ($p < 0.05$), исчезающих при поступлении этилового спирта на протяжении 14 и 28 дней. При 2-ух недельном введении этанола в дозе 3,5 г/кг 2 раза в сутки регистрируется асимметрия фондов возбуждающих (глутамат+аспартат), заменимых, гликогенных АК, общего пула нейротрансмиттерных и протеиногенных АК. Увеличение сроков алкоголизации до 4-х недель нивелирует вышеуказанные метаболические сдвиги, однако приводит к появлению латерализации в отношении общего белка ткани мозга, уровень которого в правом полушарии на 1/3 превышает таковой в симметричном отделе ЦНС.

Интермиттирующее поступление в организм психоактивных веществ, в большей степени влияющих на правое полушарие, должно неизбежно приводить к дезорганизации его работы и функциональному снижению. Одновременно не могут реципрочно улучшиться функции и левого полушария. Механизм реципрочного межполушарного взаимодействия (снижение активации одного полушария приводит к активации другого) действует при регуляции эмоционального состояния, тогда как для осуществления высших когнитивных функций действуют иные, более сложные механизмы межполушарного взаимодействия.

Литература:

1. Чернобровкина, Т.В. Феноменология наркоманического гомеостаза: от энзимодиагностики к энзимотерапии / Т.В. Чернобровкина // Наркология. – 2004. – №3. – С. 59–68.
2. Будилин, С.Ю. Асимметрия содержания дофамина в прилежащем ядре и моторное предпочтение у крыс / С.Ю. Будилин [и др.] // Журнал высшей нервной деятельности. – 2007. – Т. 57. – № 5. – С. 598–603.
3. Kurup, R.K. Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and addictive behavior / R.K. Kurup, P.A. Kurup // Int. J. Neurosc. – 2003. – Vol. 113. – №2. – P. 279–289.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГАЛЛЮЦИНОГЕННЫХ НАРКОТИКОВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Курилович Л.С.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Центр мониторинга за наркотиками и наркопотреблением ЦНИЛ,
кафедра биологической химии*

Научный руководитель – к.б.н., ведущий научный сотрудник Виноцкая А.Г.

Согласно современным классификациям, к галлюциногенным веществам отнесен широкий спектр психоактивных веществ, синтетических и растительного происхождения, вызывающих галлюцинации, изменяющих сознание и искажающих самоощущение [1]. По данным наркологической службы МЗ РБ, в Беларуси наиболее распространено злоупотребление летучими растворителями (ингалянтами), галлюциногенами растительного происхождения (алкалоиды дурмана и белены), рядом синтетических (ЛСД), и лекарственных препаратов (тарен, циклодол, димедрол) [2]. Известно, что вдыхание паров летучих растворителей больше характерно для молодых людей, причем в основном для мужчин [2].

В работе были изучены особенности распространения галлюциногенных наркотиков среди несовершеннолетних, состоящих на наркологическом учете в Беларуси в 2009-2010 гг.

Объектом исследования явились 244 потребителя токсикоманических веществ 1990-2000 годов рождения (10-17 лет), зарегистрированных на наркологическом учете в 2009-2010 гг. Методология исследования: сведения о впервые выявленных наркопотребителях поступали из наркологических учреждений республики, вносились в республиканский компьютерный банк данных и подвергались статистической обработке. Исследуемая выборка несовершеннолетних наркопотребителей состояла из 76 10-14-летних детей и 15-17-летних подростков, зарегистрированных на учете во всех регионах республики. Из 10-14 летних детей; 85% были мальчики, 15% – девочки. Все они состояли на профилактическом учете с диагнозом «пагубное употребление психоактивных веществ». Среди 15-17-летних подростков мальчики составили 90%. Подавляющее большинство подростков (92%) были зарегистрированы на профилактическом учете, а 8% – на диспансерном с синдромом зависимости от наркотических или токсикоманических веществ.

Было показано, что в исследуемой группе молодых наркопотребителей преобладало вдыхание паров ингалянтов (клеев, органических растворителей). Причем состоящие на учете 10-11-летние дети употребляли только ингалянты. Однако, начиная с 12 лет, подростки все больше экспериментировали с другими наркотиками и галлюциногенными препаратами. В 12-13 летнем возрасте подростки пробовали галлюциногены растительного происхождения, в основном в составе семян растений белладонна и дурман. С 14 лет некоторые подростки перешли на употребление инъекционных наркотиков группы опиатов – морфина и экстракционного опия, изготовленного из семян мака снотворного и маковой соломой. Курение марихуаны было характерно только для учтенных подростков в возрасте 15-17-лет.

Таким образом, в исследуемой группе детей и подростков, состоящих на учете в наркологических диспансерах, преобладали эпизодические потребители токсикоманических веществ – ингалянтов и растительных галлюциногенов. Тревожным фактом является приобщение части подростков к курению марихуаны и употреблению инъекционных наркотиков.

Литература:

1. Шельгин К.В. Галлюциногенные вещества: классификация, интоксикация, осложнения // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 80-90.
2. Лелевич В.В., Виноцкая А.Г., Лелевич С.В., Разводовский Ю.Е. Оценка ситуации с распространением потребления психоактивных веществ в Беларуси // Вопросы наркологии. – 2009. – № 1. – С. 67-75.

МУТАЦИИ ГЕНА BRCA В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Курстак И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии
Научный руководитель – к.б.н. Кузнецов О.Е.

Рак молочной железы (РМЖ) занимает ведущее место в Беларуси в структуре онкологической заболеваемости, инвалидности и смертности среди женского населения. Рак яичника (РЯ) в последние годы занимает седьмое место и находится на пятом месте среди причин онкологической смертности [0]. На долю наследственных опухолей в структуре общей онкологической заболеваемости приходится до 10%, а РМЖ имеет наследственную природу примерно в 5% случаев, из которых 2% обусловлены мутацией гена BRCA1 [0].

Цель данной работы: определить частоту встречаемости «founder» мутаций гена BRCA1 у практически здоровых людей в белорусской популяции.

Объектом исследования явились 14 597 человек, не имеющие онкологических заболеваний указанной локализации, которые были отобраны случайным образом (популяционный скрининг).

Методы исследования: статистический (анкетирование), молекулярно-биологический (полимеразная цепная реакция).

По результатам анкетирования все респонденты распределены в 3 группы: 3-я – «высокого клинического риска возникновения наследственного РМЖ и/или РЯ», 2-я – «подозрение на наличие наследственного РМЖ и/или РЯ», 1-я – лица, семейный анамнез которых не был отягощен онкопатологией данной локализации. Взятие крови для выявления мутаций производилось при наличии информированного согласия обследуемого. Молекулярно-генетическое исследование образца проводили методом полимеразной цепной реакции (праймеры «Праймтех», Беларусь). Обработка результатов обследования проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. В группу «высокого клинического риска возникновения наследственного РМЖ и/или РЯ» вошли 0,14% респондентов. Чаще в популяции встречался риск развития наследственного РМЖ (0,77%), на долю риска развития наследственного РМЖ и РЯ приходилось 0,19%, риск развития наследственного РЯ составил 0,09%. 184 чел. популяционного скрининга обследованы на наличие «founder» мутаций гена BRCA1. В целом, если не учитывать локализацию риска наследственной предрасположенности к онкопатологии, частота встречаемости мутаций в группе «высокого клинического риска наследственного РМЖ и/или яичника» составила 25,0%, при подозрении на наличие наследственной предрасположенности к РМЖ и/или яичника – 7,58%. Ни у одного из 108 респондентов популяционного скрининга, не имеющих риска возникновения наследственного рака, мутаций выявлено не было. Из числа обследованных группы «высокого клинического риска возникновения наследственного РМЖ и/или РЯ» мутация 5382insC (20 экзон) встречалась в 62,5% случаев, мутация ex11delA (11 экзон) в 25,0% случаев, мутация 300T>G (5 экзон) – в 12,5%.

Заключение. Проведение популяционного скрининга позволяет на этапе консультативной помощи пациенту сформировать и отобрать для дальнейшего молекулярно-генетического исследования группы с высоким клиническим риском возникновения наследственного РМЖ и/или РЯ.

Литература:

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий [и др.] ; под общ. ред. И.В. Залуцкого. – Минск: Зорны верасень, 2006. – 207 с.
2. BRCA1 and BRCA2 in Oxford desk reference / D. Easton [et al.] // Clinical genetics. Oxford University Press. – 2009. – P.426-429.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО КУРСОВ МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Кухарева О.А., Попова С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра физического воспитания и спорта

Научный руководитель – проф., д.м.н. Тищенко Е.М.

Физическая активность является одним из ключевых аспектов здорового образа жизни современного человека. Она делает человека не только физически более привлекательным, но и существенно улучшает его здоровье, позитивно влияет на продолжительность жизни, в первую очередь, активной ее части. Риск развития опасных для жизни заболеваний сосудов, сердца и мозга, сахарного диабета, рака значительно снижается.

Цель работы. Определить особенности отношения к физической активности студентов медико-диагностического факультета.

Материалы и методы. С целью определения отношения к физической активности было опрошено 178 студентов медико-диагностического факультета по специально разработанной анкете. Статистическим методом обработаны и проанализированы результаты опроса. Уточнено значение физической активности в жизни молодых людей, обучающихся на медико-диагностическом факультете. Установлена разница в отношении к физической активности среди проанкетированных юношей и девушек. Сбор данных проводился в апреле-мае 2010 г.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов 82% девушек и 18% юношей. Средний возраст опрошенных студентов $19 \pm 0,1$. Эти студенты до поступления в ВУЗ преимущественно проживали в городе (90%).

Интенсивные физические нагрузки в свободное время были у половины студентов (56%). На это тратилось 2–3 часа в день (47%), 2–3 дня в неделю (52%). Причем у юношей нагрузка была больше, чем у девушек (57% и 45%, соответственно).

Однако умеренные физические нагрузки в свободное время испытывали всего 46% опрошенных (82 человека). Они занимались 2–3 дня в неделю (62%) до 3 часов в день (74%): юноши – 94%, девушки – 82%.

41% участников анкетирования (73 человека) проводят сидя более 8 часов в день, а 47% – от 4 до 7 часов. А в свободное от работы время они проводят сидя от 2 до 5 часов (56%): 62% юношей и 55% девушек.

Выводы. Таким образом, студенты медико-диагностического факультета 2-го и 3-го курсов проявляют разную физическую активность. Проблема формирования двигательной активности студентов имеет важное гигиеническое значение, так как в последнее время замечается прогрессирующая гиподинамия у молодежи. Это обусловлено большим объемом учебных занятий не только в аудиториях, но и дома. Для нормального функционирования организма и сохранения здоровья необходима определенная «доза» двигательной активности, выполняемая в процессе повседневного профессионального труда и в быту. Оптимальный двигательный режим – важнейшее условие здорового образа жизни.

Заключение. Сегодня каждый студент имеет массу дел и обязанностей. В результате чего он забывает о своем здоровье: не спит по ночам, не ходит в походы, не бегают по утрам, ездит, а не ходит пешком. Физическая активность – это залог формирования здорового образа жизни, и об этом не следует забывать!

ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Кухарчик Ю.В., Мельник О.О., Храмченко Н.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гутикова Л.В.

В последние годы в Республике Беларусь сложилась неблагоприятная демографическая ситуация, результатом которой стало сокращение численности насе-

ния страны. Согласно статистическим данным, репродуктивные потери в виде спонтанных выкидышей и неразвивающейся беременности достигают 12–15 тыс. в год, а у 2–2,5 тыс. супружеских пар отмечаются повторные прерывания беременности. Одной из наиболее актуальных проблем акушерства является невынашивание беременности. Охрана репродуктивного здоровья является приоритетным направлением здравоохранения.

Цель исследования – оценка влияния социально-бытовых, гормональных и инфекционных факторов, данных акушерско-гинекологического анамнеза, клинико-лабораторных данных как возможных причин невынашивания беременности.

Проанализировано 96 историй болезни пациенток гинекологического отделения УЗ «ГК БСМП г. Гродно», находившихся на стационарном лечении в мае-июне 2010 года по поводу невынашивания беременности.

При выполнении исследования все пациентки были разделены на три группы: I – с неразвивающейся беременностью (n=25), II – с угрожающим выкидышем (n=25) и III группа (n=46) включала в себя женщин с начавшимся выкидышем, абортom в ходу, неполным выкидышем, полным выкидышем. В результате статистической обработки и анализа полученного материала было выявлено, что наиболее часто патология невынашивания беременности встречалась в возрастной группе 23–28 лет (43%). Мы выявили, что неразвивающаяся беременность прерывалась в сроке до 12 недель у 92% женщин. Угрожающий выкидыш в I и II группах наблюдался чаще в сроке 12–24 недели (56% пациенток), а в III группе – в сроке до 12 недель (78%). Гинекологические заболевания в анамнезе обнаружены у 76% женщин (35% – эрозия шейки матки, 20% – хронический аднексит, 8% – кисты яичников, 4% – хламидиоз, 3% – дисфункция яичников, 2% – миома матки). Мы выявили, что у 49% женщин настоящая беременность являлась первой. Кроме того, 16% пациенток имели в анамнезе аборт, 10,5 % – неразвивающуюся беременность, 8% – самопроизвольные выкидыши, 7% – регуляцию менструального цикла. Инфекционный фактор обнаружен у 8% обследуемых женщин в группе с неразвивающейся беременностью, у 28% пациенток с угрожающим выкидышем и у 13% женщин третьей группы. Гормональный фон исследовался в I группе у 8% женщин, во II – у 28%, в III – у 13%. Рутинные лабораторные показатели в пределах нормы были у 70% пациенток, отклонения в общем анализе мочи – у 11% обследуемых, в общем анализе крови – у 14%, в биохимическом анализе крови – у 3%. Экстрагенитальные заболевания в I группе встречались у 8% женщин, во II – у 64%, в III – у 28%.

Выводы. Генез невынашивания беременности определяется гормональными и инфекционными факторами, влекущими за собой развитие гинекологической патологии с последующим нарушением генеративной функции. Триггером развития невынашивания беременности является наличие факта прерывания нормальной или замершей беременности в анамнезе и неадекватная медико-социальная постабортная реабилитация.

Литература:

1. Пересада, О.А. Современная концепция невынашивания беременности: этиопатогенез, диагностика, профилактика и лечение / О.А. Пересада, И.Л. Дусь, А.М. Камлюк. – Минск: БелМАПО, 2005. – 69 с.
2. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – Москва: Триада-Х, 2002. – 186 с.
3. Подзолкова, Н.М. Невынашивание беременности: Уч.-метод. пособие / Н.М. Подзолкова, М.Ю. Скворцова. – Москва, 2004. – 163 с.

ОТНОШЕНИЕ К ВОПРОСАМ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОК РАЗНОГО ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Кухарчик Е. И., Кукса В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научные руководители – к.м.н. Орехов С.Д.; к.м.н. Дорохина Л.В.

Общеизвестно, что телосложение субъекта определяет его отношение к вопросам питания и пищевое поведение, а это, в свою очередь, влияет на пропорции тела. Однако в доступной литературе нами не обнаружено исследований, посвященных количественным связям между субъективным отношением к питанию и типом конституции испытуемого.

Цель работы. Изучить влияние телосложения на субъективное отношение к вопросам питания. Для решения поставленной задачи было антропометрировано и анкетировано 89 студенток второго курса ГрГМУ. Тип телосложения оценивали по индексу Соловьева (окружность в см самого тонкого места на запястье), а также методом кластеризации с учетом массы тела, роста, окружности запястья и жировых складок под лопаткой и на уровне пупка (K-means). Тип высшей нервной деятельности определяли по тесту Айзенка. Полученные результаты обрабатывали при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

В результате проведенных исследований установлено, что нормостеническое телосложение наблюдается у 77,2% обследованных студенток, астеническое телосложение – у 17,7%, гиперстеническое – у 5,1%. Снижение доли гиперстеников согласуется с данными литературы о том, что лица, занимающиеся умственным трудом, отличаются линейным телосложением. По типам высшей нервной деятельности испытуемые распределились следующим образом: холерики – 41,8%, меланхолики – 34,2%, сангвиники – 12,7%, флегматики – 11,3%. Таким образом, в нашей выборке среди девушек ГрГМУ преобладают типы высшей нервной деятельности с преобладанием нейротизма.

При помощи кластерного анализа изученных антропометрических показателей испытуемые были разделены на 4 группы. В первый кластер вошли девушки со средним уровнем развития подкожного жирового слоя и низкими значениями костных размеров (n=29); во второй – девушки со средним уровнем развития подкожного жирового слоя и высокими значениями костных размеров (n=25). Третий кластер объединил девушек с высокими значениями костных размеров и самыми низкими значениями подкожного жирового слоя (n=9). В четвертый кластер вошли испытуемые с высокими значениями костных размеров и высоким уровнем развития подкожного жирового слоя (n=15).

Отношение к диете носит взвешенный характер и мало зависит от антропометрических параметров субъекта. Предпочтение тех или иных продуктов питания также достаточно равномерно в различных кластерах и характерно для современной европейской популяции. У большинства анкетированных, независимо от типа телосложения, преобладает негативное отношение к вегетарианской диете и нежелание отказываться от мясной пищи. Оценка 12 из 37 анкетных утверждений, предложенных студенткам, достоверно варьировала между кластерами. Лица с разной выраженностью подкожной жировой клетчатки отличаются друг от друга также и субъективным отношением к вопросам: питания, участия в спортивно-оздоровительных мероприятиях, поведения в быту и наличия вредных привычек. Девушки с повышенным или пониженным жиросложением (4 и 3 кластер) в основной массе знают о своем избытке или недостатке веса и хотят достичь нормы. Только одна студентка с недостаточной массой тела хотела бы еще похудеть. У подавляющего числа опрошенных, независимо от типа конституции, самооценка внешней привлекательности носит позитивный характер.

При анализе зависимостей типов высшей нервной деятельности и телосложения достоверных различий не обнаружено, однако в первом кластере преобладают холерики, а в четвертом – меланхолики. Данные соотношения не противоречат существующим представлениям о связях психической и соматической конституции.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кухарчик В.В., Лукашевич А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций
Научный руководитель – к.м.н., доц. Шейко М.И.

В инфекционную больницу г.Гродно ежегодно госпитализируется около шести тысяч больных. Половину из них составляют дети, заболевание у которых чаще протекает в виде среднетяжелых и тяжелых форм, а в отдельных случаях требуется оказание неотложной помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Цель исследования. Основной целью исследования является уточнение этиологических факторов влияющих на тяжесть и течение инфекционных заболеваний у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы статистические показатели движения больных в инфекционном стационаре и истории болезни детей первого года жизни, находившихся на лечении в ОРИТ за последние 18 лет.

Результаты исследования. За указанный период через стационар прошло 83539 больных, среди которых детей было 37006 (44,2%). За это же время в ОРИТ пролечено 3812 пациентов, из них детей 1959 (51,4%), в том числе первого года жизни 864 (44,1%), что от общего количества больных составляет 22,7%. В целом дети чаще, чем взрослые, попадают в ОРИТ: среди взрослых 4%, среди детей 5,3% от всех госпитализированных.

Среди детей первого года жизни, лечившихся в ОРИТ, преобладали дети с острыми кишечными инфекциями – 380 (44,38%), острыми респираторными заболеваниями – 190 (21,99%), менингококковой инфекцией – 86 (9,95%), сепсисом – 62 (7,18%), внутриутробных инфекций с множественными пороками развития – 43 (4,98%), коклюшем (форма апное) – 39 (3,94%), серозными менингитами и менингоэнцефалитами – 35 (4,05%) и вторичными гнойными менингитами – 21 (2,43%).

У 4 больных был диагностирован гемолитико-уремический синдром, а у 9 детей первого года жизни была установлена непрофильная или редкая инфекционная патология: черепно-мозговая травма (3), отравление неясной этиологии (1), субарахноидальное кровоизлияние (1), генерализованный кандидоз (1), корь (1), вирусный гепатит В (1), энтеровирусная инфекция (без первичных симптомов – 1).

Летальность по отделению среди анализируемого контингента была относительно не высокой (28 из 864-3,23%) при этом у каждого четвертого умершего были множественные пороки развития. Основной вклад в летальность внесли кишечные инфекции (10), менингококковая инфекция (9) и сепсис (3).

Как видно из представленного материала, острые инфекционные заболевания у детей первого года жизни протекают более тяжело, им чаще, чем в других возрастных группах, требуется оказание неотложной помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Из нозологических форм чаще наблюдаются острые кишечные и респираторные инфекции, гнойные и серозные менингиты, сепсис и врожденные инфекции с множественными пороками развития.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕНОТИПОВ ВГС ПРИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ/ВГС У ПАЦИЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА

Лазута Е.М., Токарчук Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций
Научный руководитель – доц. Матиевская Н.В.

Цель исследования. Оценить закономерности распределения различных генотипов ВГС при коинфекции ВИЧ/ВГС у пациентов гродненского региона Республики Беларусь.

Материалы и методы. Исследование генотипов ВГС было выполнено у 75 больных с коинфекцией ВИЧ/ВГС, проживающих в Гродненском регионе РБ. Группу сравнения составили 90 больных с моноинфекцией ВГС, проживающих там же.

Результаты. В группе коинфекции ВИЧ/ВГС преобладали больные с 3а генотипом – 36%, на 2 месте по частоте встречаемости выявлялся 1а генотип – 28%, генотип 1в – выявлен с наименьшей частотой (13%). Обращает на себя внимание высокая частота РНК ВГС негативных пациентов (23%) в группе коинфекции, при этом у всех пациентов обнаружены антитела к вирусу гепатита С, кроме того, в данной группе отсутствовали пациенты, получавшие противовирусную терапию ВГС. Многие пациенты с негативными результатами исследования на РНК ВГС указали, что инфицирование ВГС у них произошло раньше, чем ВИЧ. Можно предположить, что в группе коинфекции имеет место высокая частота спонтанной ремиссии ВГС, что можно связать с особенностями иммунного ответа на ВГС при коинфекции ВИЧ/ВГС.

В группе моноинфекции ВГС частота выявления 3а и 1в генотипов ВГС была приблизительно одинаковой (45,4% и 44,3%, соответственно). Частота выявления 1а и 2 генотипов ВГС среди больных с моноинфекцией была незначительной (6,1% и 2,1%, соответственно).

Среди пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС преобладающим путем инфицирования при всех генотипах был парентеральный. Мужчины чаще были инфицированы 1в и 3а генотипами ВГС. Наиболее высокая частота полового пути инфицирования отмечена у больных с 1а генотипом ВГС (33,3%), при этом частота инфицирования обоих полов была одинаковой, что косвенно свидетельствует о более раннем заносе данного генотипа на территорию региона.

Заключение. Изучение генотипов ВГС у больных с коинфекцией ВИЧ/ВГС в Гродненском регионе РБ позволяют сделать заключение, что в группе коинфекции ВИЧ/ВГС преобладали больные с 3а генотипом, на 2 месте по частоте встречаемости был 1а генотип, генотип 1в – выявлен с наименьшей частотой, что косвенным образом указывает на единый источник инфицирования ВГС среди ВИЧ-инфицированных пациентов в регионе.

ПУТИ СТАНОВЛЕНИЯ НЕМЕЦКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ. ЭТАПЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ

Лазюк А. А., Сыч Т. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Антушевич М. Н.

Цели исследования: 1) рассмотреть лексико-грамматические средства выражения медицинской терминологии, функционирующей в языке современной немецкой литературы; 2) комплексно проанализировать указанные единицы в сопоставительном аспекте; 3) выявить этапы развития медицинских терминов в современном немецком языке; 4) дать системную характеристику основных медицинских терминов как средств выражения в современной немецкой медицине.

Предметом исследования служит немецкая медицинская терминология, которая отличается богатством средств выражения, а именно:

1. Общность образования.
2. Способ согласования составляющих слов.
3. Наиболее употребляемые временные формы немецких медицинских терминов.
4. Косвенная речь.
5. Многозначность немецких медицинских терминов.
6. Заимствование медицинских терминов с латинского языка.

Многозначность немецкой медицинской терминологии в языкознании очевидна. В понятии общности образования входят различные явления, объединяемые

тем, что все они грамматически, интонационно и лексически выражают отношение говорящего к сообщаемому или сообщаемого к действительности. В нашем исследовании под медицинской терминологией понимается функционально-семантическая категория, выражающая разные виды отношения высказывания к действительности, а также различные виды субъективной квалификации сообщаемого.

Методы исследования: метод сплошной выборки, метод контекстного анализа, метод стилистического анализа.

Научная новизна работы характеризуется максимально обобщенным и системным характером лексико-грамматической классификации немецких медицинских терминов в современном немецком языке.

Вывод. Язык немецкой научно-медицинской литературы насыщен значительным количеством основополагающих терминов, которые характеризуются полифункциональностью: они являются словами-предложениями, могут быть в составе предложения, указывая логическую направленность всего высказывания или какого-то из членов. Немецкие медицинские термины в большей мере способствуют реализации какого-либо из многих смыслов своей многозначности. Интересно прослеживается связь развития и способ заимствования непосредственно немецкой медицинской терминологии, её комплекствующих частей, наряду с общепринятой латинской терминологией.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ КАТЕГОРИЯХ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Лайша Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Шустер Э.Е.

Распространенность детского аутизма, по данным психиатров Германии, Великобритании, Швеции, США, Японии и других стран, исчисляется от 4 до 26 случаев на 10 000 детского населения. В настоящее время расстройство рассматривается как следствие нарушения развития нервной системы, возникшее в детском возрасте. Предполагается, что в этиологии основную роль играют генетические факторы, однако известно, что развитие этого расстройства вызывает, хотя и значительно реже, органическое поражение головного мозга. Вследствие того, что аутизм (РДА) проявляется, прежде всего, в нарушении развития, общения, задержке социализации, однообразной моторной активности с двигательными стереотипиями, реабилитация детских контингентов с этим видом расстройств имеет главенствующее значение. Однако такая реабилитация является эффективной только в том случае, если она охватывает физиологически благоприятные для развития ребенка сроки – возраст 2—7 лет. Но коррекционные мероприятия необходимо продолжать и в последующие годы (8—18 лет), в течение месяцев и лет, ибо только в этом случае может быть достигнута достаточная социальная адаптация больных. Нет единой точки зрения на нозологическую самостоятельность РДА. По мнению большинства отечественных авторов, РДА представляет сборную группу синдромов, наблюдаемых у детей раннего и дошкольного возраста в рамках разных нозологических форм. Общим для этих синдромов является то, что «в их основе лежит своеобразный психический дизонтогенез типа “искаженного развития” (Г.Е. Сухарева, О.П. Юрьева). Точка зрения американских и ряда европейских психиатров нашла своё отражение в МКБ-10, где РДА включен в раздел F8 «Нарушение психологического развития», как психическое расстройство со специфическими диагностическими признаками. Подчеркивается, что «для постановки диагноза симптомы РДА должны отмечаться в первые 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах».

Цель настоящего исследования – представить сведения, касающиеся распространённости синдрома раннего детского аутизма среди детского населения Гродненской области и проследить динамику расстройства в подростковом и юно-

шеском возрасте для последующего использования полученных сведений при планировании реабилитационных программ. Возраст исследуемых колебался от 3 до 18 лет. Для идентификации случая заболевания использовались критерии МКБ-10. Для расчета показателя распространенности использовались временные рамки от 6 до 12 мес. с момента начала проведения исследования.

Показатель распространенности данной патологии среди детского населения Гродненской области остаётся практически стабильным с 2005 по 2009 годы и составлял 0,32 случая на 10000 детского населения. У подросткового психиатра на протяжении 2007-2010гг. наблюдаются всего 2 пациента с РДА, в обоих случаях имеет место глубокая умственная отсталость. Среди взрослого населения после 18 лет пациенты с диагнозом РДА отсутствуют.

Представленная информация свидетельствует о том, что симптоматические критерии диагноза РДА являются недостаточно валидными, и это в значительной мере затрудняет диагностику и выявляемость. До настоящего времени диагноз РДА взрослых, его место в классификации психических расстройств остаётся спорным, и им надо пользоваться с осторожностью. Дальнейшие исследования в этой области являются необходимыми т.к. они смогут повысить качество диагностических критериев РДА и решить организационные и медицинские аспекты реабилитации лиц с данной патологией.

ЗНАЧЕНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лакотко Т.Г., Петрулевич Ю.Я.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – ассист. Корнелюк Д.Г.

Артериальная гипертензия (АГ) на сегодняшний день является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, в частности, патологии почек. При этом выраженность изменений почек зависит не только от уровня артериального давления (АД), определяемого при разовых измерениях. Более тесно подобные поражения коррелируют с показателями данных суточного мониторирования АД (СМАД). В связи с этим возникает необходимость получения новых маркеров повреждения почек уже на ранней стадии развития заболевания, доступных в условиях реальной медицинской практики. На сегодняшний день не теряется интерес к такому важному феномену, как вариабельность АД.

Цель данного исследования: поиск новых неинвазивных маркеров поражения почек по данным СМАД у пациентов с АГ I–II степени.

Материалы и методы. На базе терапевтического отделения УЗ «ГКБ № 2» было обследовано 90 пациентов с АГ 1–2 степени от 25 до 55 лет (средний возраст – 47 ± 7 лет), составивших 2 группы: 1-я – с АГ I ст.(n=39), 2-я – АГ II ст.(n=51). Всем пациентам выполнялось СМАД с помощью аппарата WatchBPO3 фирмы Microlife, определялся уровень креатинина сыворотки крови и по формуле Кокрофта-Гаулта рассчитывался клиренс креатинина. На основании полученных данных СМАД и клиренса креатинина проведены статистическая обработка данных и вычисление коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Средние значения СМАД и клиренса креатинина у больных с АГ 1-2 степени

Показатели			Группа 1 (n=39) М (25; 75)	Группа 2 (n=51) М (25; 75)
Средняя величина (мм рт. ст.)	Сутки	САД	123 (121; 127)	136 (132; 144) ***
		ДАД	81 (76; 84)	88 (80; 93) ***
	День	САД	128 (124; 131)	142 (135; 150) ***
		ДАД	85 (82; 88)	92 (86; 96) ***
	Ночь	САД	114 (109; 120)	126 (121; 133) ***
		ДАД	74 (68; 76)	78 (72; 85) ***
Вариабельность АД	Сутки	САД	31 (22; 43)	32 (26; 48)
		ДАД	22 (17; 33)	24 (19; 33)
	День	САД	27 (19; 37)	27 (22; 38)
		ДАД	18 (13; 29)	20 (15; 29)
	Ночь	САД	14 (9; 18)	15 (10; 24)
		ДАД	12 (8; 15)	11 (9; 18)
Индекс времени	Сутки	САД	34,21 (21,62; 41,18)	70,59 (52,78; 80,56) ***
		ДАД	58,06 (44,83; 69,44)	76,47 (58,54; 87,5) ***
	День	САД	12 (7,14; 19,05)	53,33 (36,73; 75) ***
		ДАД	28 (12,5; 39,13)	55,17 (23,08; 72) ***
	Ночь	САД	28,57 (10; 50)	75 (50; 100) ***
		ДАД	16,67 (0; 37,5)	42,86 (12,5; 71,43) ***
Суточный индекс		САД	10 (7,2; 14,93)	10,37 (5,37; 15,49)
		ДАД	14,46 (9,88; 18,68)	13,83 (6,17; 22,47)
Скорость утреннего подъёма		САД	19 (12; 30)	14,67 (11,5; 31)
		ДАД	11,2 (8; 20,67)	12 (7; 17,25)
Клиренс креатинина (по формуле Кокрофта-Голта)			120,75 (97,7; 161,3)	121,97 (96,17;141,43)

*** – достоверность различий $p < 0,005$

Выводы. На основании проведенного исследования обнаружена умеренная отрицательная корреляция между клиренсом креатинина и средней величиной по САД ночью у пациентов 1-й группы, клиренсом креатинина и суточной вариабельностью по САД, дневной вариабельностью по САД и ночной вариабельностью по ДАД у пациентов 2-й группы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСПЕРСИОННОГО И ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫХ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ С ПОПЫТКОЙ СУИЦИДА

Лапыш О.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – магистр естественных наук, преп. Копыцкий А.В.

Проблема суицидов является актуальной в большинстве стран Европы, некоторых странах Азии и Северной Америки. Беларусь также не является исключением. С точки зрения психологии, важным является возможность прогнозирования риска суицидальной попытки для конкретного индивида, понимание того, на какие черты личности в этом ключе необходимо обращать внимание в первую очередь при работе с пациентом, т.е., какие свойства личности указывают на повышенный риск суицида.

Целью данного исследования является выяснение связи свойств личности и риска совершения суицида. В качестве исходных данных были использованы данные об исследовании группы людей, совершивших попытку самоубийства ($n=39$), и контрольной группы ($n=30$) с помощью многофакторного личностного опросника FPI.

Данные предоставлены ГОКЦ «Психиатрия и наркология».

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи:

Проведен многомерный дисперсионный анализ (MANOVA). Он показал, что между наборами из 12 признаков для исследуемой («1») и контрольной («0») групп есть статистически значимые различия. Далее за счет одномерных тестов между выборками были выявлены различия ($p < 0.05$) по признакам: «Невротичность», «Депрессивность», «Эмоциональная лабильность», «Маскулинность – фемининность». Так как тест Ливена показал различия между дисперсиями для признака «Застенчивость», то различие по признаку было выявлено с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни ($p < 0.05$). Тест сферичности Бартлетта ($p < 0.01$) и М-тест Бокса ($p > 0.05$) указывают на то, что результаты анализа MANOVA могут быть приняты к рассмотрению.

Проведен факторный анализ, который позволил выделить три фактора, объясняющих 71% общей дисперсии признаков. В первый фактор «Реакция на стресс» были включены следующие признаки «Депрессивность», «Эмоциональная лабильность», «Невротичность», «Застенчивость», «Раздражительность», «Реактивная агрессивность». Во второй фактор «Социальная адаптация» вошли: «Экстраверсия – интроверсия», «Маскулинность – фемининность», «Общительность». В третий фактор «Тип поведения» – «Уравновешенность» (со знаком «-») и «Спонтанная агрессивность». Значение теста КМО, равное 0.77 и теста Бартлетта ($p < 0.01$) указывают на то, что данные пригодны для факторизации. Анализ проводился по методу главных компонент, тип вращения – кватримакс.

Проведен дисперсионный однофакторный анализ. По полученным в ходе решения предыдущей задачи факторным рейтингам между группами «0» и «1» были выявлены различия ($p < 0.05$). Анализ средних значений по группам показал, что по фактору «Реакция на стресс» группа «1» обладает большими значениями, т.е. преодоление стресса у данной группы вызывает затруднения. По факторам «Социальная адаптация» и «Тип поведения» группа «1» обладает более низкими значениями, т.е. представители данной группы испытывают трудности в социальных контактах и не склонны к быстрому разрешению противоречий и конфликтов.

Таким образом, проведенное исследование позволяет составить психологический профиль человека с повышенным риском совершения суицида, а также позволяет выявить признаки, указывающие на данный риск.

Литература:

1. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

УРОВНИ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДАГРОЙ БЕЗ И С ДИСФУНКЦИЕЙ ЭНДОТЕЛИЯ

Ларченко Е.А., Дубицкая Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – ассистент Пицко Д.В.

Актуальность: дисфункция эндотелия является ключевым звеном в возникновении кардиоваскулярной патологии. Важную роль в ее развитии может играть нарушение метаболизма серосодержащих аминокислот, который у пациентов с подагрой недостаточно изучен.

Цель исследования: определить уровни серосодержащих аминокислот у пациентов с подагрой и оценить их роль в развитии дисфункции эндотелия у пациентов с подагрой.

Материал и методы: было обследовано 105 пациентов с подагрой. Средний возраст больных составил $46,7 \pm 7,1$ лет, все больные – лица мужского пола. Контрольную группу составили 37 здоровых человек, сопоставимых по возрасту и полу, без отягощенной наследственности. У обследуемых определялись методом высоко-

эффективной жидкостной хроматографии уровни серосодержащих аминокислот и оценивались параметры функционального состояния эндотелия плечевой артерии.

Результаты: как видно из данных, представленных в таблице 1, у пациентов без дисфункции эндотелия уровень гомоцистеина выше, чем в контрольной группе, но существенно ниже, чем в группе с ДЭ.

Таблица 1 – Концентрации серосодержащих аминокислот у пациентов с ДЭ и без дисфункции эндотелия (медиана (нижний квартиль – верхний квартиль)) мкмоль/л)

Аминокислоты	Практически здоровые лица (n=37)	Пациенты с подагрой без ДЭ (n=36)	Пациенты с подагрой с ДЭ (n=69)
Гомоцистеин,	7,18 (6,1-8,3)	10,9 (8,7-13,5)***	15,8 (9,7-19,5)**+++
Цистеин,	139,4 (80,74-178,5)	240,7 (180,5-281,3)***	273,4 (238,6-369,2)*+
Цистеинилглицин	34,5 (27,8-45,9)	38,3 (33,4-52,5)*	39,5 (33,5- 48,4)*
Глутатион,	3,4 (2,2-4,7)	3,3 (1,8-4,6)	3,1 (2,1- 4,3)
Таурин,	142,6 (123,6-180,7)	110,3 (84,8-131,7)*	99,5 (75,6-115,8)**
Метионин,	21,1 (18,7-22,8)	20,7 (8,8-24,7)	21,3 (16,5-24,8)
Цистатионин	7,3 (5,7-11,2)	7,8 (6,8- 17,3)	6,9 (5,34-7,7)

* P<0,05; ** P<0,01; *** P<0,001- по отношению к контрольной группе

+ P<0,05; ++ P<0,01; +++ P<0,001- по отношению к группе без ДЭ

Повышение уровня гомоцистеина на 4,2 мкммоля у пациентов с подагрой в сочетании с дисфункцией эндотелия сопровождалось десятикратным уменьшением показателей эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) от 29,4% до 2,4% (p<0,05). Это подтверждалось отрицательной корреляцией между ЭЗВД и концентрацией гомоцистеина (R= -0,37; p=0,002). Обращает также на себя внимание отрицательная корреляция между ЭЗВД и уровнем цистеина (R= -0,22, p=0,03).

Выводы: нарушение метаболизма серосодержащих аминокислот, в частности повышение уровней гомоцистеина и цистеина, оказывает неблагоприятное воздействие на функциональное состояние эндотелия и может являться фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Литература:

1. Пицко, Д.В. Ранняя диагностика нарушений метаболизма серосодержащих аминокислот у больных подагрой / Д.В. Пицко [и др.] // Здоровоохранение – 2010. – №2. – С.64–67.

2. Istok, R. Total plasma homocysteine in patients with gout / R. Istok [et al.] // J. Rheumatol. – 1999. – Vol. 26(9). – P. 2068–2069.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Лахадьнов А.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Научный руководитель – к.м.н., доцент Дорошевич В.И.

Актуальность. Военная гигиена, как и гигиена вообще, является одной из старейших медицинских дисциплин, истоки которой уходят в далекое прошлое и коренятся в запросах общественной практики. Исторические сведения во все времена, за редким исключением, были актуальными и востребованными. Принято считать о том, что не познав прошлого, нельзя понять настоящего и увидеть будущего, в том числе развития военной гигиены.

Цель, задачи и методы исследования. Целью настоящего исследования заключалось в сборе и анализе фактического материала становления и развития военной гигиены в Вооруженных Силах. Для достижения поставленной цели была поставлена задача по поиску и нахождению источников литературы, отражающих данный вопрос. Применен описательно-аналитический метод.

Результаты и выводы. Первые указания об оздоровительных мероприятиях в войсках в форме религиозных требований относятся к глубокой древности. Относительно высокой степени развития военная санитария, основанная на данных эмпирического наблюдения, достигла у римлян [1, 2]. Первые войсковые врачи появились в римских войсках в I веке нашей эры. Они привлекались в армию только на время похода в качестве временно наемных людей. Начало военно-медицинской организации по времени совпадает с учреждением постоянной армии при императоре Августе. Относительно большое внимание к санитарному обслуживанию римских войск объясняет, почему последние сравнительно мало страдали от эпидемий, несмотря на постоянные походы и длительные пребывания на территориях, где среди населения имело место широкое распространение заразных заболеваний.

В феодальную эпоху научно образованных врачей в войсках не было. В дружинах европейских феодалов санитарные мероприятия фактически не проводились. Впервые медицинские организации в войсках появились лишь в конце XV века в Испании, во Франции и в Римской империи.

Попытка определить гигиенические задачи военных медиков была сделана в сочинении Р. Фора «Войсковая медицина» (1681). Согласно концепции автора, военный медик должен быть прежде всего гигиенистом, обязанным указывать своему командиру на санитарные недочеты, угрожающие здоровью солдат, и рекомендовать пути устранения этих недочетов. Сформулированные более 300 лет назад, эти мысли сохранили свою актуальность и значимость и в настоящее время.

Характеризуя значение военной гигиены для сохранения боеспособности армии, один из старейших военных гигиенистов К. Кирхнер в середине XIX века писал: «Чем величественнее и сложнее делаются задачи армии, тем более они всегда требуют и большего расхода сил, который неизбежно ведет к истощению, если служебные способности не будут предохранены от влияния вредных условий. Эта предохранительная сила есть «военная гигиена»[3].

Таким образом, к этому времени было оценено практическое значение гигиены в военном деле, а гигиенические мероприятия были признаны мощным фактором сохранения здоровья и повышения боеготовности войск.

Литература:

1. Кротков, Ф.Г. Гигиена военная. Энциклопедический словарь военной медицины / Ф.Г. Кротков. – М.: Гос. Изд-во мед.лит-ры, 1946. – Т. 1. – С. 1199 – 1216.
2. Самойлов, В.О. История российской медицины / В.О. Самойлов. – М.: Эпидавр, 1997. – 200 с.
3. Кирхнер, К. Руководство к военной гигиене / К. Кирхнер. – СПб.: Глав. воен.-мед. упр., 1871. – 678 с.

ПАЗИТАРНЫЙ ИНДЕКС КАК ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ЧЕСОТКОЙ

Лебедев С.М., Цыганков А.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра военной эпидемиологии и военной гигиены

Научный руководитель к.м.н., доцент Мощик К.В.

Актуальность. Заболеваемость чесоткой является актуальной проблемой для Вооруженных Сил Республики Беларусь (ВС РБ). Случаи спорадической и групповой заболеваемости периодически регистрируются в воинских частях [2]. В РБ чесотка относится к группе средне распространенных инфекционных заболеваний (84,5-96,5 случаев на 100 тыс. населения), но очевидно, что истинный уровень заболеваемости намного выше официально регистрируемого.

Цель. Изучение эпидемиологических особенностей заболеваемости военнослужащих ВС РБ чесоткой с использованием паразитарного индекса (ПИ).

Задачи и методы исследования. В ходе исследования были изучены и проанализированы годовые отчеты воинских частей ВС РБ (ф. 3/мед.) и истории болез-

ней переболевших чесоткой военнослужащих за период 2005-2009 гг., определялись сроки заражения военнослужащих чесоткой. Анализ заболеваемости проводился с использованием эпидемиологических и статистических методов.

Результаты исследования и выводы. В многолетней динамике заболеваемости чесоткой военнослужащих срочной военной службы в течение анализируемого периода отмечалась тенденция к снижению. Суммарно за 5 лет наибольшее число заболеваний чесоткой (39,8% от суммы всех зарегистрированных в ВС РБ случаев) было выявлено в учебном центре; это превышает средний показатель заболеваемости по ВС в 3,9 раза. В годовой динамике подъемы заболеваемости наблюдались в осенне-зимние месяцы. Согласно средним многолетним данным, первый подъем начинался в середине января и заканчивался в середине марта; общая продолжительность подъема составляла 2 месяца. Второй подъем заболеваемости начинался в начале сентября и заканчивался в конце ноября; его общая продолжительность составляла около 3 месяцев. Изучение и полный подсчет количества чесоточных ходов (ЧХ) позволил с достаточной долей вероятности установить динамику их появления во времени, и предположить, на каком этапе призыва и первых месяцев службы произошло заражение. Более 20 ЧХ было обнаружено у 17,5% больных, от 10 до 20 – у 12,5%, до 10 – у 70% больных. Число ЧХ более 20 указывает, что инвазия чесоточного клеща произошла более 2 месяцев назад (до призывной медицинской комиссии); от 10 до 20 – о возможном заражении в пунктах сбора призывников и по пути следования в часть, до 10, а тем более, их отсутствие – на заражение в воинской части. В очагах инфекции установлено, что удельная скорость роста численности популяции самок на военнослужащих по призыву почти в 2 раза превышает таковую у гражданских лиц, что обусловлено использованием без смены верхней одежды и объясняет более высокий ПИ у данного контингента военнослужащих [1]. Таким образом, выявлены особенности эпидемического процесса чесоткой в воинских коллективах, обусловленные специфическими условиями их учебно-боевой деятельности и быта; по паразитарному индексу определены этапы заражения чесоткой вновь прибывшего нового пополнения. Полученные результаты необходимо учитывать при проведении эпидемиологического обследования очагов чесотки и организации профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Литература:

1. Зуева, Л.П. Эпидемиология : учебник / Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев. – СПб. : Фолиант, 2005. – 752 с.
2. Жидков, С.А. Общие итоги работы медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь за 2009 год и задачи на 2010 год / С.А. Жидков [и др.] // Военная медицина. – 2010. – № 1(14). – С. 2 – 6.

ОБОСНОВАННОСТЬ ВОЛНОВЫХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Левин В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преп. Пашко А.К.

Известно, что волны различных диапазонов давно уже применяются как в диагностике, так и в терапии ряда заболеваний человека. История электромагнитных волн начинается с 1867 г. с работ Дж. Максвелла. После экспериментального обнаружения этих волн Г.Герцем (1888 г.) и первых опытов их практического применения А.Поповым и Г.Маркони (1895-1896 гг.) начинается новая страница в истории цивилизации человечества. Освоение новых диапазонов электромагнитных волн обуславливалось потребностями радиосвязи, радиолокации, радионавигации и других традиционных областей техники. Одновременно с этим электромагнитные волны успешно стали применяться в медицине при лечении и диагностике различных заболеваний.

Область медицинского использования	Диапазон волн	Длина волны л (м)
Магнитотерапия	Сверхдлинные волны	100—10
Диаметрия, Гипертермия	Радиоволны	5×10^{-5} — 10^{10}
Радиотермия (диагностика)	Волны в СВЧ-диапазоне	100×10^{-3} — 10×10^{-3}
Терапия и диагностика	Миллиметровые волны (КВЧ)	10×10^{-3} — 10^{-3}
Физиотерапия («синие лампы»)	Инфракрасные волны	10^{-3} — $0,1 \times 10^{-3}$
Лазеры для физиотерапии и хирургии	Волны оптического диапазона	193×10^{-9} , 248×10^{-9} , 308×10^{-9} , 353×10^{-9}
Санация помещений, УФО	Ультрафиолетовые волны	380×10^{-9} — 10×10^{-9}
Диагностика и терапия	Рентгеновские волны	380×10^{-9} — 10×10^{-9}
Терапия (онкология), радионуклидная диагностика	Гамма-волны	10×10^{-6} — $1,8 \times 10^{-6}$

В приведенной выше таблице даётся краткая справка медицинского применения электромагнитных волн в различных участках частотного диапазона. Видно, что практически весь диапазон частот электромагнитных колебаний используется в медицине. Волны миллиметрового диапазона или крайне высокой частоты (КВЧ) впервые начали применяться в медицинской практике с лечебной целью. Внимание ученых привлекла необычная эффективность действия излучений миллиметрового диапазона (КВЧ) на живые организмы в периоды, когда нарушена их нормальное функционирование. Выяснилась также возможность использования таких излучений для повышения сопротивляемости организма к воздействиям неблагоприятных факторов. Возможности применения медико-биологического действия КВЧ излучений оказалось очень широки.

Литература:

1. Гербер, Р. Вибрационная медицина/ Р.Гербер – София: Гелиос, 2001.-592 с.
2. Шебшаевич Л.Г., Алексеев А.А. Жизнь – кибернетическая, медико-биологическая системность: («Геном человека», клонирование – критический анализ)/ Л.Г.Шебшаевич, А.А. Алексеев – Киев: Фирма Триада Плюс, 2001. – 608 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ, ЛЕЧИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ ВНЕЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Левыкина И.А., Лойко Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель д.м.н. С.Б.Вольф

Туберкулез – общее инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза. При этой болезни поражаются легкие, но по мере развития заболевания в патологический процесс могут вовлекаться и другие органы, в частности, верхние дыхательные пути, кости, суставы, кожа, глаза и др. В Республике Беларусь за последние годы распространенность туберкулеза снизилась, однако его уровень остается высоким.

В этой связи целью данного исследования явилось изучение медико-социальных аспектов контингента лечившихся в отделении внелегочного туберкулеза.

Материалы и методы. Объектом наблюдения явились лица, госпитализированные в отделение внелегочного туберкулеза областного противотуберкулезного

диспансера. Использован сплошной метод ретроспективного изучения за одногодичный период. Общее число пациентов составило 307 человек. Источником информации послужили «Статистические карты выбывшего из стационара» – ф. 066/у, из которых произведена выкопировка необходимых сведений на специально составленные бланки. Обработка материала осуществлялась с использованием вариационной статистики.

Результаты. Более двух третей пациентов (69,7%) отделения внелегочного туберкулеза областного диспансера составляют горожане, остальные (30,3%) – жители села. Однако частота госпитализации в зависимости от места проживания отличается не столь значительно, что обусловлено разным представительством жителей города и села в общей структуре населения. В целом уровень госпитализации городского населения в 1,3 раза чаще, чем сельского ($p < 0,001$). Госпитальным лечением реже (в 1,1 раза) пользуются женщины ($p < 0,05$).

Более половины лечившихся (54,4%) пребывают в трудоспособном возрасте. Среди мужчин таких оказалось в 1,4 раза больше, чем среди женщин ($p < 0,001$), что в значительной степени связано с более ранним выходом на пенсию последних.

Прослеживается прямая зависимость числа госпитализируемых с увеличением возраста, вплоть до 70 лет, после чего наблюдается незначительное снижение показателя госпитализации. В среднем, начиная с 20-летнего возраста, в каждом последующем десятилетнем интервале контингент стационара увеличивается на 14,0%.

Поток госпитализируемых возрастает в зимние и весенние месяцы, где интенсивность в 1,5 раза выше, чем летом и в 1,3 раза – относительно осени ($p < 0,05$).

Установлена выраженная неравномерность поступления и выписки пациентов по дням недели, что отражается на нерациональном использовании коечного фонда стационара. Почти три четверти всех поступлений больных приходится на первые три дня недели (понедельник, вторник, среда). В то же время каждые двое из троих пациентов выписываются в пятницу и понедельник.

Основными причинами госпитализации явились туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически (7,2%), туберкулез других органов (62,9%) и отдаленные последствия туберкулеза (2,3%). Следует отметить значительный процент (27,6%) не совпавших диагнозов направивших учреждений и клинических, когда туберкулез был исключен.

Среди больных туберкулезом каждая вторая госпитализация связана с поражением костей и суставов, каждая третья – с локализацией процесса в мочеполовых органах, каждая 10-я – с органами дыхания.

Следует отметить, что при туберкулезе костей и суставов в большинстве своем (80,6%) поражается позвоночник (55,6%) и тазобедренный сустав (25,0%).

Средняя продолжительность пребывания больных в отделении внелегочного туберкулеза составила $56,1 \pm 2,1$ дня, различаясь по полу (мужчины – $52,0 \pm 2,6$; женщины – $59,8 \pm 2,3$ дня, $t = 2,2$). Длительность лечения колеблется в широких пределах от $86,3 \pm 2,7$ дня при туберкулезе органов дыхания, $85,2 \pm 2,1$ дня – при туберкулезе костей и суставов, $41,9 \pm 2,9$ дня – при туберкулезе мочеполовых органов до $34,4 \pm 3,2$ – при отдаленных последствиях туберкулеза. Средний срок стационарного лечения лиц женского пола выше по сравнению с мужчинами по всем нозологическим формам за исключением туберкулеза органов дыхания, где наблюдается обратная картина ($p < 0,05$).

Таким образом, при организации противотуберкулезной помощи населению необходим дифференцированный подход с учетом медико-социальных характеристик больных данного профиля.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА КОАГУЛЯЦИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ

Лелевич А.В., Бублевич Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – ассбсп. Лелевич А.В.

Злоупотребление алкоголем является одним из факторов риска сердечно-сосудистой патологии. При этом важную роль отводят нарушениям в системе гемостаза. Данные литературы о состоянии системы гемостаза противоречивы [1], что, вероятно, связано с дозой алкоголя и длительностью введения в организм.

Цель работы. Изучение состояния коагуляционного гемостаза у крыс при острой, хронической алкогольной интоксикации и абстиненции.

Материалы и методы. В экспериментах были использованы 24 белые беспородные крысы (самцы). Острую алкогольную интоксикацию (ОАИ) моделировали путем внутрибрюшинного введения 25% раствора этанола в 0,9% NaCl в дозах 2,5 и 5,0 г/кг массы тела. Хроническую алкогольную интоксикацию (ХАИ) у крыс моделировали методом неполной водной депривации [2]. Опытная группа крыс в течение 8 месяцев потребляла 15 % раствор этанола в качестве единственного источника жидкости. Контрольная группа потребляла воду. После чего крысы были разделены на группы: 1-я – контрольная (n=6); 2-я – ОАИ (n=6); 3-я – ХАИ (n=6); 4-я – животные с отменой этанола на одни сутки, (n=6). Показатели коагуляционного гемостаза оценивали с помощью тромбоэластографии (ТЭГ), после записи которой вычисляли следующие показатели: R – константа протромбиназы (от начала записи ТЭГ до места, где ее кривые расширяются на 1 мм, плюс время от момента наполнения кюветы кровью (до начала записи). К – константа тромбина – от конца отрезка R до расширения ветвей ТЭГ на 20 мм, МА – максимальная амплитуда – измеряется по поперечной оси в месте наибольшего расхождения ТЭГ, Т – константа тотального свертывания крови – высчитывается по расстоянию от начала записи ТЭГ до МА. Для сравнения групп использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и выводы. Результаты исследования выявили, что у крыс ОАИ в дозах 2,5 и 5,0 г/кг массы тела вызывает уменьшение показателя R (константа протромбиназы) на 27,91%, $p=0,017$ и $p=0,026$, соответственно, и показателя Т (константа тотального свертывания крови) на 13,22% и 11,13%, $p=0,01$ и $p=0,026$, соответственно, по сравнению с контрольной группой, что свидетельствует об увеличении скорости свертывания крови. При ХАИ отмечается увеличение показателя R на 71,51%, $p=0,008$ и показателя Т на 54,64%, $p=0,001$, по сравнению с контрольной группой. На фоне отмены этанола у хронически алкоголизированных крыс показатель R остается повышенным на 73,25%, $p=0,023$ по сравнению с контролем, показатель К увеличивается на 91,12% по сравнению с контролем и на – 56,35% относительно группы крыс с ХАИ, что свидетельствует о замедлении скорости свертывания крови. Таким образом, ОАИ и ХАИ вызывают разнонаправленные сдвиги в коагуляционном звене гемостаза: ОАИ ведет к гиперкоагуляции, ХАИ – к гипокоагуляции, которая сохраняется и даже усугубляется при отмене этанола у крыс.

Литература:

1. Фадеенко, Г.Д. Влияние алкоголя на развитие сердечно-сосудистой патологии. Роль генетических факторов / Г.Д. Фадеенко, С.В. Виноградова // Украинский терапевтический журнал. 2006. – №1. – С. 93–100.
2. Буров, Ю.В. Биологические модели хронического алкоголизма / Ю.В. Буров, В.Н. Жуков // Итоги науки и техники. ВИНТИ. Токсикология. – 1984. – Т. 13. – С. 57–92.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

Лелевич А.В., Бегер Т.А., Шляхтун А.Г., Максимович Е.Н., Юрча С.А., Сергей О.А.,

Господарик К.В., Найдено И.А., Лукьянова О.И., Костко О.А., Дмитриева Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – ассист. Лелевич А.В.

Исследования последних лет указывают, что артериальная гипертензия (АГ) начинает формироваться в детском и подростковом возрасте, когда цифры артериального давления (АД), как правило, не отличаются от нормы, однако в этот период можно выявить наличие многих факторов риска [1]. На VII национальном конгрессе кардиологов (7JNC) принята новая классификация артериальной гипертензии, где была выделена новая категория прегипертонии (120–139/80–89 мм рт. ст.) [2]. Ежегодно у 7% молодых людей отмечается переход прегипертонии в артериальную гипертензию [3].

Цель работы. Изучение частоты встречаемости значений артериального давления среди студентов ГрГМУ мужского и женского пола.

Материалы и методы. Были обследованы 1303 студента ГрГМУ, из них юношей – 22,4% и девушек – 77,6%. Средний возраст обследуемых составил $19,78 \pm 1,2$ лет. У студентов трижды в состоянии покоя в положении сидя измерялось артериальное давление, рассчитывались средние значения. Также студенты опрашивались о наличии эпизодов повышенного АД ($\geq 140/90$ мм рт. ст.). Затем рассчитывались относительные частоты встречаемости АД различных категорий (рекомендованных ВОЗ) и категории прегипертонии (120–139/80–89 мм рт. ст.). Кроме того, рассчитывались относительные частоты встречаемости эпизодов повышения АД у студентов обоих полов. Для сравнения групп использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни, критерий Пирсона χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и выводы. Было установлено, что средние значения АД у юношей выше, чем у девушек: систолическое – 130,0 [120,0; 140,00] и 110,0 [105,0; 120,0], соответственно, $p < 0,001$; диастолическое – 75,0 [70,0; 85,0] и 70,0 [65,0; 75,0], соответственно, $p < 0,001$. Результаты исследования выявили следующее распределение категорий АД у юношей: пониженное ($< 105/60$ мм рт. ст.) – 2,74%, оптимальное ($< 120/80$ мм рт. ст.) – 38,01%, нормальное ($< 130/85$ мм рт. ст.) – 42,12%, повышенное нормальное ($< 140/90$ мм рт. ст.) – 10,96%, повышенное ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) – 6,16%; у девушек: пониженное – 17,21%, оптимальное – 55,19%, нормальное – 23,15%, повышенное нормальное – 3,66%, повышенное – 0,79%, $p < 0,001$. Следовательно, количество юношей с АД, относящихся к категории «прегипертония», – 53,08%, девушек – 26,81, $p < 0,001$. Количество юношей с наличием эпизодов повышения АД составило 43,24%, девушек – 23,62%, $p < 0,001$. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что среди юношей показатели АД смещаются в категории с более высокими значениями, а также у них чаще отмечаются эпизоды повышения артериального давления.

Литература:

1. Ровда, Ю.И. Артериальная гипертония у подростков с различной физической конституцией, в том числе с признаками метаболического синдрома / Ю.И. Ровда [и др.] // Терапевтический архив. – 2004. – 11. – С. 35–40.
2. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report / A.V. Chobanian [et al.] // JAMA. – 2003. – №289. – P. 2560–2572.
3. Blood pressure variability and classification of prehypertension and hypertension in adolescence / B. Falkner [et al.] // Pediatrics. – 2008. – №2. – P. 238–242.

Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского Республиканского Фонда фундаментальных исследований по договору Б10М-206.

ТИП РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА ФИЗИЧЕСКУЮ НАГРУЗКУ У СТУДЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА

Лелевич А.В., Бегер Т.А., Шляхтун А.Г., Максимович Е.Н., Дмитриева Д.А., Костко О.А., Юрча С. А., Сергей О.А., Господарик К.В., Найден И.А., Лукьянова О.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Троян Э.И.

В последнее время во всех экономически развитых странах отмечается рост заболеваемости сердечно-сосудистой системы, среди которых артериальная гипертензия (АГ) вышла на первое место. Первичная АГ существенно «помолодела», она не является редкостью у подростков [1]. Значение ожирения как фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в последнее время значительно возросло, так как распространенность ожирения в мировой популяции увеличилась. По данным ВОЗ, около 30% жителей планеты страдают избыточной массой тела. Ожирение является независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, а также возможным пусковым механизмом развития АГ. Вероятность развития АГ у лиц среднего возраста с избыточной массой тела на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела. [Мычка В.Б., 2002].

Цель работы. Изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у студентов ГрГМУ с повышенным индексом массы тела с помощью нагрузочной пробы – Мартине-Кушелевского.

Материалы и методы. Были обследованы 284 студента ГрГМУ, из них девушек – 176 (с повышенным ИМТ – 21), юношей – 108 (с повышенным ИМТ – 14). У студентов измерялись рост и масса тела, после чего вычислялся индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела [кг]} / \text{рост [м]}^2$. Для характеристики функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводилась оценка типа реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку с помощью пробы Мартине-Кушелевского [18]. У испытуемого в положении сидя в состоянии относительного покоя производились подсчет пульса и измерение артериального давления (АД). Затем обследуемый, не снимая с плеча манжетки, вставал и выполнял 20 глубоких приседаний за 30 секунд. После чего у обследуемого определялись пульс и АД в течение 1-, 2-, 3-й и 5-й минут восстановительного периода. Для сравнения групп использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и выводы. Результаты исследования выявили, что у студентов с повышенным ИМТ, как у женщин, так и у мужчин, отмечаются более высокие значения исходного систолического АД, а также увеличение систолического АД после физической нагрузки на 1-, 2-, 3-, и 5-й минутах отдыха. У женщин также повышено исходное диастолическое АД и на 1- и 2-й минутах отдыха данный показатель выше, чем в контрольной группе студентов. У мужчин с повышенным ИМТ отмечены более высокие значения исходного пульсового давления и на 1-й минуте отдыха после физической нагрузки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у студентов с повышенным ИМТ отмечается склонность к гипертоническому типу реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку с удлинением восстановительного периода.

Литература:

1. Кисляк, О.А. Артериальная гипертензия в подростковом возрасте / О.А.Кисляк – Москва: Миклош, 2007. – 288 с.
2. Мычка, В.Б. Артериальная гипертония и ожирение / Consilium provisorum. – 2002. – №5. – С.18–21.

Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского Республиканского Фонда фундаментальных исследований по договору Б10М-206.

ЧАСТОТА ПУЛЬСА И ТИПЫ ВНД У СТУДЕНТОВ ГРГМУ

Лелевич А.В., Бегер Т.А., Костко О.А., Дмитриева Д.А., Соболевский В.А.,
Герасимчик Е.В., Попович В.В., Шляхтун А.Г., Максимович Е.Н., Лукьянова О.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – ассист. Лелевич А.В.

С давних времен врачи по пульсу определяли тяжесть состояния больного и прогноз заболевания. За последние два десятилетия были получены доказательства роли частоты пульса как независимого фактора риска смертности от всех причин и сердечно-сосудистой патологии, в частности [1]. Рассматриваются несколько механизмов связи частоты пульса и патологии сердечно-сосудистой системы. В частности, повышение ЧСС может быть следствием дисфункции вегетативной нервной системы [2]. Получены доказательства прямого влияния ЧСС на прогрессирование коронарного атеросклероза. Kaplan P. и соавторы замедляли развитие атеросклероза у обезьян уменьшением ЧСС, используя β -блокаторы независимо от концентрации общего холестерина и холестерина липопротеидов высокой плотности [Kaplan P., 1987].

Цель работы. Оценка частоты встречаемости повышенного пульса у студентов ГрГМУ при наличии факторов риска сердечно-сосудистой патологии.

Материалы и методы. Были обследованы 613 студентов ГрГМУ, из них юношей – 128 и девушек – 485. Средний возраст обследуемых составил $19,78 \pm 1,2$ лет. Определялся тип высшей нервной деятельности. Проведено измерение пульса и артериального давления у студентов в покое. Для сравнения групп использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни, критерий Пирсона χ^2 . Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Статистическую обработку данных осуществляли с применением пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и выводы. Количество студентов с частотой пульса более 80 уд/мин в общей группе студентов составило 25,12%, среди юношей – 20,31%, среди девушек – 26,39%. В ходе исследования было выявлено, что у девушек с увеличенной частотой пульса значения артериального давления выше, чем в группе девушек, имеющих значения пульса 60–80 уд/мин: систолическое – 115,0 (110,0; 125,0) и 110,0 (105,0; 120,0) мм рт. ст., $p=0,018$, соответственно, диастолическое – 75,0 (65,0; 85,0) и 70,0 (60,0; 75,0) мм рт. ст., соответственно, $p=0,039$. В ходе исследования у девушек с повышенным пульсом было выявлено следующее распределение типов ВНД: холерики – 45,28%, сангвиники – 35,85%, флегматики – 11,32%, меланхолики – 7,55%; у девушек с нормальными значениями пульса: холерики – 32,12%, сангвиники – 50,99%, флегматики – 9,27%, меланхолики – 7,61%, $p=0,039$. Таким образом, установлено, что у девушек с повышенным пульсом отмечаются и более высокие значения АД, а также отмечается большая частота встречаемости холериков.

Литература:

1. Mensink, G.B. The relationship between resting heart rate and all-cause, cardiovascular and cancer mortality / G.B. Mensink // Eur Heart J. – 1997. – №9. – P. 1404–1410.
2. Palatini, P. Heart rate and the cardiovascular risk / P. Palatini, S. Julius // J Hypertens. – 1999. – №1. – P. 3–17.
3. Kaplan, J.R. Inhibition of coronary atherosclerosis by propranolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet / J.R. Kaplan [et al.] // Circulation – 1987. – №6. – P. 1364–1372.

Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского Республиканского Фонда фундаментальных исследований по договору Б10М-206.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Лемеза С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Василевский В.П.

Актуальность. В настоящее время возрастает интерес к реконструктивно-восстановительным операциям на толстой кишке. Это обусловлено тем, что при выполнении операций по поводу злокачественных новообразований, дивертикулярной болезни толстого кишечника, а также острой патологии брюшной полости, осложненных кишечной непроходимостью или перитонитом, хирурги вынуждены закончить хирургическое вмешательство наложением кишечной стомы. По данным разных авторов, от 40% до 60% радикально оперированных больных оказываются стомированными, что причиняет им моральные и физические страдания. Поэтому восстановление непрерывности толстой кишки имеет решающее значение для социальной и трудовой реабилитации больных.

Целью нашей работы является анализ причин формирования кишечных стом и оценка результатов хирургической реабилитации стомированных больных.

Материалами исследования послужили результаты лечения 37 больных, поступивших в ГОКБ за период с 2006 по 2009 гг., которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции. Среди больных было 12 (32,4%) женщин и 25 (67,6%) мужчин в возрасте от 32 до 78 лет, в среднем возраст составил 55,3 года. Восстановительные операции выполнены в сроки от 3 до 17 месяцев после перенесенной первичной операции. У 27 (77,1%) стома функционировала 3-6 месяцев, у 8 (22,9%) более 6 месяцев. По видам стомы распределились: петлевая илеостома 31,4%, концевая 22,9% и петлевая сигмостома 23%, петлевая трансверзостома 6,6%, концевая илеостома 10,4% и двухствольная сигмостома 5,7%. Причины формирования стом: колоректальный рак 19,6%, закрытые травмы живота 11,4%, деструкция кишки при панкреонекрозе 12,3%, огнестрельные и ножевые ранения живота 8,6%, рецидивирующий мезентериотромбоз 2,4%, болезнь Крона 9,5%, заворот кишечника с некрозом 4,7%, дивертикулярная болезнь 8,6%, язвенный колит 2,9%, ущемленные пупочные и бедренные грыжи 5,7%, послеоперационная СКН 8,5%, деструктивные формы аппендицита 3,2%, кишечные свищи 2,6%.

Результаты исследования. В нашем случае всем больным были выполнены реконструктивные операции с восстановлением непрерывности кишечника и наложением следующих видов анастомозов: подвздошно-толстокишечные – 25,6%, анастомоз в s по Мельникову – 23,1%, толсто-толстокишечные – 43,6%, прямокишечно-толстокишечные – 4,8% и прямокишечно-толстокишечные с низведением сигмы – 2,9% больных. 3 больным закрытие кишечной стомы выполнялось лапароскопическим методом, остальным 34 больным ликвидация стом производилась с помощью классической срединной лапаротомии. При выполнении реконструктивно-восстановительной операции у 7 больных выполнялась дополнительная мобилизация толстой кишки и резекция сегмента кишки, у 2 гемиколонэктомия. Несостоятельности анастомоза не наблюдалось ни у одного больного. Наиболее частым осложнением явилось нагноение послеоперационной раны – 11,8% (двухствольные стомы), которое было в дальнейшем ликвидировано местными лечебными манипуляциями. Послеоперационная летальность составила 2,7%.

Выводы. Таким образом, индивидуальный подход к выбору наиболее приемлемого способа реконструктивно-восстановительной операции, оптимальные сроки выполнения, применение надежного вида межкишечного соустья, особенности ведения пред- и послеоперационного периода – вот основные проблемы, которые должны решаться практическими хирургами в каждом конкретном случае у данной категории больных.

Литература: Гаврилина С.Е. – Реконструктивные операции в колоректальной хирургии/С.Е.Гаврилина, Л.С. Денисенко.//Хирургия. – 2004. – №10. – С.52

УСИЛЕНИЕ ЭФФЕКТА БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лемешевская З.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Водоевич В.П.

Актуальность. Ежегодно количество больных БА увеличивается на полтора миллиона человек. Обострение существенно ограничивает физическую активность больных, увеличивает влияние эмоциональных факторов на общее состояние, снижает социальную активность и ухудшает субъективное восприятие больными состояния своего здоровья [2].

Роль состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса пациента обсуждается постоянно как терапевтами, так и узкими специалистами [1].

Цель и задача исследования. Улучшить эффект стандартной терапии без увеличения дозы глюкокортикоидов.

Методы исследования. Обследован 101 человек с диагнозом БА, из них – 40 мужчин и 61 женщина (39,6% и 60,4%), средний возраст составил $45,89 \pm 1,7$.

Для определения вегетативного статуса использовали врачебный опросник А.М. Вейна. Для оценки преобладания одного из отделов ВНС использовали вегетативный индекс Кердо. Оценку степени тревоги и депрессии производили по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Кроме данных опросника А.М. Вейна и индекса Кердо, учитывали клинические проявления основного заболевания. Для контроля лечения заболевания использовали показатели пикфлоуметрии.

Стандартная схема лечения была изменена в группе больных с преобладанием парасимпатического отдела ВНС. Этим больным назначались муколитики, а ингаляционный адреномиметик заменялся на М-холинолитик «Атровент».

Результаты и выводы. Пациенты по преобладанию одного из отделов ВНС разделились следующим образом: 35 человек с преобладанием парасимпатического отдела ВНС (35%), 47 – симпатического (46%), 19 – без преобладания одного из отделов (19%).

Для пациентов с преобладанием парасимпатического отдела ВНС характерны высокие уровни депрессии в баллах по госпитальной шкале ($17,2 \pm 1,3$ балла), а для пациентов с преобладанием симпатического отдела ВНС – высокие уровни тревоги ($18,1 \pm 0,9$) ($P < 0,0001$).

Дифференцированное лечение проводилось 18 пациентам из 35 с парасимпатикотонусом, 17 человек составили контрольную подгруппу. По госпитальной шкале тревоги и депрессии у этих пациентов преобладал высокий уровень депрессии, что явилось основанием для назначения amitriptilina в дозе 25 мг по 1 таблетке в обед и 1 таблетку вечером.

В подгруппе со стандартным лечением клиническое улучшение наступало с опозданием на 2 дня. Не купировались и жалобы психовегетативного характера, оставались и нарушения сна. В подгруппе с дифференцированным лечением улучшились показатели ФВД на 3-4-й день. У этих больных нормализовался сон. По мере накопления холинолитического эффекта amitriptilina уже не было необходимости в ингаляторе с холинолитиком («Атровент»). Исчезли и жалобы психовегетативного характера, не связанные непосредственно с бронхообструкцией.

Коррекция психоэмоциональных нарушений позволит улучшить качество жизни больных БА без увеличения дозы глюкокортикоидов и сократить сроки пребывания в стационаре.

Литература:

1. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – Москва: МИА, 1998. – 346 с.
2. Донич, С.Г. Качество жизни больных бронхиальной астмой в разные периоды течения заболевания / С.Г. Донич // Украинский пульмонологический журнал. – 2008. – №3. – С. 20-24.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ПОЛЯ НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ КРЫС

Лепеев В.О., Ольшевский Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Зинчук В.В.

В современных условиях человек постоянно подвергается воздействию электромагнитных полей различных частот и интенсивностей. Исследования физиологических эффектов различных диапазонов электромагнитных волн является одним из активно развивающихся направлений современной экспериментальной и клинической медицины [Плетнев С.В., Введенский В.Л., 1998]. В экспериментальных исследованиях показано, что применение электромагнитного поля приводит к улучшению микроциркуляции и показателей реологических свойств крови (уменьшение тромбообразования, активация механизмов противосвертывающей системы крови), нормализации параметров кислотно-основного состояния крови, функции эндотелия сосудов (продукция оксида азота), скорости оседания эритроцитов, снижению уровня лейкоцитов в периферической крови [Сабсай М.И., Шинкарева Л.Ф., 1989]. Имеются данные об антигипоксических эффектах электромагнитных полей, механизм которых связан с увеличением сродства гемоглобина к кислороду и уровня оксигемоглобина [Якубцевич Р.Э. и др., 2003].

С учетом изложенного, цель данного научного исследования – изучение изменения параметров кислородтранспортной функции крови крыс под воздействием волн электромагнитного поля в опытах *in vitro*.

Эксперименты были выполнены на самцах белых беспородных крыс. Масса тела животных в среднем составила 380–400 гр. Исследование проводилось в 5 группах животных. Первая группа – контроль (цельная кровь) до облучения электромагнитным полем, Вторая и последующие – группы сравнения, облученные электромагнитным полем в течение 120 сек., 240 сек., 360 сек., 480 сек., соответственно. Забор крови для исследования проводился у адекватно анестезированных тиопенталом натрия (50 мг/кг), животных путем пункции сердца. Для воздействия электромагнитным полем использовался аппарат «Nemospok» (ООО «Интерспок») с частотой импульса от 60 Гц до 200 Гц, объем крови для облучения – 1 мл, а магнитная индукция равнялась 150 мТл. Показатели кислород-транспортной функции крови определяли на микрогазоанализаторе «Syntesis15». Результаты исследования обрабатывались с помощью программы «Statistica 6.0».

Показатель pH исследованной крови существенно не изменился после облучения, но такие параметры кислотно-основного состояния как общее содержание двуокиси углерода (TCO_2) снизился с $32,57 \pm 0,61$ до $28,65 \pm 1,33$ ммоль/л (на 13,5%), а концентрация бикарбоната (HCO_3^-) изменилась с $34,3 \pm 0,65$ до $30,47 \pm 1,3$ ммоль/л (на 12,2%). Однако буферные системы компенсировали данные изменения и не допустили смещения показателя pH в щелочную сторону. Сродство гемоглобина к кислороду (по показателю p_{50} реальное) снизилось на 11,6% ($p < 0,05$), что привело к сдвигу кривой диссоциации вправо; степень насыщения гемоглобина кислородом (SO_2) возросла на 26,7% ($p < 0,05$), а емкость оксигенации венозной крови (CvO_2) увеличилось на 30% ($p < 0,05$). С увеличением экспозиции воздействия выраженность изменений кислородтранспортной функции крови не омечалось.

Таким образом, под действием электромагнитного поля в условиях *in vitro* происходит изменение показателей кислотно-основного состояния, таких как общее содержание двуокиси углерода (TCO_2), концентрация бикарбоната (HCO_3^-) и кислородтранспортной функции облучаемой пробы, что может иметь важное значение для модификации кислородсвязывающих свойств крови.

ГРЕЦИЗМЫ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ (СКЕЛЕТ ЧЕЛОВЕКА)

Лепешко Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Шидловская О.В.

Целью нашего исследования является выявление и классификация анатомических терминов древнегреческого происхождения в современной медицинской терминологии. В предлагаемой работе мы исследуем степень сохранности древнегреческих форм, транскрибированных посредством латинского языка.

Истоки медицинской терминологии тесно связаны с греческим лексическим и словообразовательным фондом. Литературный латинский язык вобрал в себя большое количество элементов греческого языка, оказался не только богатейшим источником будущих терминосистем, но и медиатором для пополнения этих систем терминологическими элементами греческого происхождения. Формируя медицинскую терминологию, латинские и латинизированные греческие элементы взаимодействуют друг с другом, приобретают новые значения, вступают в новые сочетания, организуют новые модели и, наконец, образуют новые ряды, гнезда и другие комплексные объединения – все то, из чего складывается терминологическая система.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы: метод непосредственного лингвистического наблюдения и описания, статистическая обработка полученных данных.

Объектом проводимого исследования является анатомическая терминология древнегреческого происхождения (грецизмы).

Основными источниками отбора лексического материала и проведенного впоследствии анализа явились: терминологические латинские и русские словари, медицинские энциклопедии, учебники и учебные пособия по курсу «Анатомия человека» для студентов медицинских университетов. Выделение материала для анализа было проведено с учетом основных требований, предъявляемых к термину: отражение специального понятия, фиксация в специальном (медицинском) словаре, употребление в специальном научном тексте.

Актуальность исследования анатомической терминологии поддерживается тем, что лексемы, входящие в список названной терминологии, являются обозначениями важных для человеческого существования понятий. Актуальность настоящей работы определяется необходимостью разработки и упорядочения анатомической терминологии. Упорядочение терминологии одновременно является одним из наиболее ответственных этапов упорядочения и систематизации теоретического аппарата науки и, следовательно, важным шагом в развитии самой науки.

Достижение поставленной цели предполагает выполнение следующих задач: проведение инвентаризации, отбора лексического материала в латинском языке в пределах рассматриваемой терминологии для последующего описания. Проведение диахронического анализа зарождения и развития анатомической терминологии, выявление факторов, влияющих на становление данной терминосистемы. Определение сущности, структуры и места слов древнегреческого происхождения в медицинской терминосистеме. Проведение фонетического, словообразовательного анализа анатомических терминов скелета человека.

Практическая значимость связана с возможностью применения результатов исследования в практике преподавания латинского языка в медицинских высших учебных заведениях.

ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Леусик И.А., Филон Ю.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – преподаватель, Булава Ю.Л.

В контексте изучения феномена агрессивного поведения обращает внимание на себя вопрос о детской агрессивности. Неконтролируемое поведение в более раннем детском возрасте может перерасти в поведение с асоциальными тенденциями в подростковом возрасте. Своевременное выявление детей, обнаруживающих признаки агрессивного поведения, необходимо в целях предупреждения неблагоприятного варианта развития и для организации необходимой психологической помощи. Однако практически эта проблема еще далека от решения. Выявлению детской агрессивности посвящено сравнительно мало работ, наблюдается недостаток методов диагностики агрессивных тенденций, пригодных для практического использования в консультативной практике. Уже в дошкольном возрасте происходит первоначальное складывание личности ребенка, в связи, с чем актуальным является вопрос об устойчивости или ситуативной обусловленности агрессивных проявлений у дошкольников. Именно данные аспекты определили актуальность проведения исследования.

Цель данного исследования – определение форм проявления агрессивного поведения детьми дошкольного возраста. Задачи исследования: 1) провести теоретический анализ феномена агрессивного поведения и форм его проявления; 2) выявить формы проявления агрессивного поведения детьми дошкольного возраста; 3) установить мотивационные факторы проявления агрессивного поведения детьми дошкольного возраста. Методы исследования: опрос, анализ научной литературы, статистическая обработка данных, психологическая интерпретация полученных результатов. Методики исследования: рисуночный вариант методики «Шкала тактики поведения в конфликте» М.А. Строоса и К. Меберта, «Стратегии поведения детей в конфликте» К. Бьерквиста и К. Остерман.

В результате проведенного эмпирического исследования по проблеме «Формы проявления агрессивного поведения детьми дошкольного возраста» можно заключить:

Исследованию агрессивности посвящено немало работ в отечественной (А. Платонова, Т. Румянцева) и зарубежной (З. Фрейд, К. Лоренц, Л. Берковиц, Р. Уолтерс) психологии. Агрессивное поведение представляет собой действие, направленное на нанесение физического или психологического вреда, ущерба объектам нападения. В данной работе мы говорим не об агрессивности как устойчивой личностной черте, а об агрессивных проявлениях в поведении ребенка. Чрезвычайная сложность и многообразие форм проявления агрессивности приводят к тому, что на сегодняшний день в науке отсутствуют его вполне однозначная трактовка и определение. В психологии принято выделять: вербальную, физическую и косвенные формы проявления агрессивного поведения.

Наиболее часто у подавляющего большинства детей наблюдается косвенная и вербальная агрессия, как формы проявления агрессивного поведения.

Агрессивное поведение имеет определенный повод и проявляется в конкретной ситуации. Среди ситуаций, провоцирующих агрессию, выделим: конфликт; желание привлечь к себе внимание; ущемление достоинства другого с тем, чтобы подчеркнуть свое превосходство; стремление защититься и отомстить; стремление получить желанный предмет и т.д.

Литература:

1. Платонова, Н.М. Агрессия у детей и подростков: учеб. пособие / Н.М. Платонова. – СПб.: Речь, 2004. – 336 с.
2. Mebert C., Straus M.A. Picture-Card Version for Young Children of The Parent – Child Conflict Tactics Scales. – Mode of access : <http://www.pubpages.unh>. – Date of access : 13. 01. 2011.

«ТАК ЖЕ КАК ВСЕ...»: БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЭКО

Лешкевич Т. И., Боброва М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Савоневич Е.Л.

Бесплодие – серьезная проблема в современном обществе. Причины его разнообразны – как у женщин, так и у мужчин. На сегодняшний день использование технологий экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) является наиболее оптимальным способом лечения бесплодия, помогающим в относительно короткие сроки добиться желаемого результата.

Цель работы. Анализ течения беременности и родов после экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе 37 историй родов беременных, родоразрешенных в Гродненском областном перинатальном центре в 2008–2010 годах. Средний возраст рожениц составил 31 ± 4 лет, 54% женщин были старше 30 лет. Из них проживают в областном центре 23 женщины (62%). При анализе причин бесплодия установлено, что мужской фактор обусловил ЭКО только у 3 пациенток (8%). В остальных случаях имело место женское бесплодие (92%). Бесплодие трубного генеза было у 15 пациенток (44%), эндокринные нарушения – у 5 (15%) и бесплодие неуточненного генеза – 14 (41%). Гинекологический анамнез был отягощен у 31 женщины (84%). Миома матки диагностирована у 4 женщин (13%), аномалии развития матки – у 1 (3%), внематочная беременность в анамнезе отмечена у 5 (14%), воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе имели место у 14 пациенток (45%). Диагностическая лапароскопия выполнялась двум женщинам (7%), тубэктомия – 7 (23%). Среди пациенток первородящие первобеременные – 22 (59%), первородящие повторобеременные – 13 (35%).

Экстрагенитальная патология выявлена у 21 беременной (57%). Заболевания почек имели 8 женщин (38%), патология сердечно-сосудистой системы, щитовидной железы и желудочно-кишечного тракта встречалась с одинаковой частотой (19%). Одноплодная беременность была у 23 (62%) женщин, двухплодная – у 13 (35%), трехплодная – у 1 (3%). Настоящая беременность протекала без осложнений только у 3 женщин (8%). Из осложнений имели место угроза прерывания у 28 беременных (82%), гестоз – у 6 (18%), хроническая плацентарная недостаточность – у 3 (9%), преждевременное излитие околоплодных вод – у 8 (24%) и др. Срок беременности на момент родоразрешения в среднем составил 264 ± 27 дней. Преждевременные роды имели место у 12 пациенток (32%). Все беременные были родоразрешены операцией кесарева сечения. Средняя кровопотеря в родах составила 637 ± 77 мл. Среди новорожденных было 27 девочек (51%) и 26 мальчиков (49%). Средний вес недоношенных детей составил 2067 ± 402 г при среднем росте 44 ± 3 см. При срочных родах средний вес новорожденных был 3023 ± 523 г, рост 51 ± 2 см. Оценка по шкале Апгар: 8/8 – у 21 ребенка (40%), 8/9 – у 32 (60%). Патологические состояния в неонатальном периоде отмечены у 29 детей (55%), в том числе пороки развития выявлены у 2 (синдактилия, мегалоуретер).

Выводы. На основе проведенного анализа установлено, что беременность и роды после ЭКО отличаются особенностями родоразрешения, большим количеством многоплодных беременностей, что обуславливает риск преждевременных родов и определенную патологию новорожденных. Однако, принимая во внимание, что нами проведен анализ женщин, преодолевших бесплодие с помощью ЭКО после многолетнего безуспешного его лечения, и средний возраст которых составил 31 год, нельзя исключать влияние на течение и исходы беременности после ЭКО этих, и других неблагоприятных факторов. Появление 53 долгожданных детей в 37 белорусских семьях оправдывает все социально-экономические затраты и позволяет успешно решать демографическую проблему в нашей стране.

ДЕЙСТВИЕ НИКОТИНАМИДА И НИКЕТАМИДА НА АКТИВНОСТЬ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ

Лещук С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – Борисенок О.А.

Установлено, что в первые 4 суток после частичной гепатэктомии (ЧГЭ) интенсивность ксенобиотико-гидроксилирующих процессов в печени значительно снижена. Их нормализация наблюдается на 8 сутки. Так, на 2 и 4 сутки после ЧГЭ уровень неметаболизированного антипирина (АП) в сыворотке этих животных через 90 минут после его в/в введения (50 мг/кг) был выше в сравнении с контролем соответственно на 22 и 68 % (табл.). У животных, получавших никотинамид (НА; 50 мг/кг) и никетамид (75 г/кг; п/к – 7, 9 и 13 дней), нормализация метаболизма АП происходила быстрее. Животным, которым вводили НА, уровень АП на 2 и 4 сутки после операции был выше в сравнении с контролем лишь на 16 и 26%, соответственно. Крысам, которым инъецировали никетамид, уже на 2-е сутки убыль неметаболизированного АП из сыворотки происходила с такой же скоростью, как и у животных контрольной группы. В сравнении с ЧГЭ (не лечеными) крысами уровень АП при введении НА и никетамида составлял на 4 сутки 75 и 64%, а на 8 – 92 и 69%, соответственно.

Таблица – Содержание АП в сыворотке контрольных и опытных крыс через 2, 4 и 8 суток после частичной (2/3 печени) гепатэктомии ($M \pm m$; $n = 9$)

Условия опыта	Антипирин, мг/л		
	2 суток	4 суток	8 суток
Контроль	25.51 $\pm$ 0.57		
Частичная гепатэктомия (Ч Г/Э) + H ₂ O	31.08 $\pm$ 0.97*	42.90 $\pm$ 2.68*	25.51 $\pm$ 0.88
Ч Г/Э + никотинамид	29.50 $\pm$ 1.09*	32.10 $\pm$ 1.38*§	23.35 $\pm$ 0.99
Ч Г/Э никетамид	21.15 $\pm$ 1.04*§	26.75 $\pm$ 2.77§	17.26 $\pm$ 0.73*§

Примечание: * – $p < 0.05$ к контрольным, § – к нелеченым животным.

Снижение активности монооксигеназной системы в регенерирующей печени крыс, по-видимому, обусловлено образованием функционально малоактивных гепатоцитов из-за запаздывания синтеза цитохромов P450, катализирующих, в частности, окисление АП [1]. Ферментстимулирующее действие НА и, особенно, никетамида, по-видимому, может быть реализовано за счет их антиоксидантного, мембранотропного (участие в биосинтезе фосфолипидов), а также субстратиндуцирующего действия [2,3,4,5].

Литература:

1. Brodie B.B., Axelrod J., Sobermen R., Levy B.B. The estimation of antipyrine in biological materials // J. Biol. Chem. – 1949. – Vol. 179, N1. – P. 25-30.
2. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов и биологических мембран. – М.: Наука, 1972.
3. Лакин К.М., Крылов Ю.Ф. Биотрансформация лекарственных веществ. – М.: Медицина, 1981.
4. Cowan D., Domani L., Gorrod J. Metabolic N-oxidation of 3-substituted pyridines: identification of products by mass spectrometry // Biomed. Mass Spectrometry. – 1978.
5. Harinath B.C., Odell G.V. Chlorpromazine-II-oxide formation by subcellular liver fractions // Biochem. Pharmacol. – 1968.

ВЛИЯНИЕ НИКЕТАМИДА НА ПАРАМЕТРЫ ФАРМАКОКИНЕТИКИ АНТИПИРИНА У КРОЛИКОВ С ССІ4-ГЕПАТОЗОГЕПАТИТОМ

Лещук С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бушма М.И.

Через 3 дня после введения кроликам ССІ4 (п/к, 2 мл/кг, однократно в виде 50 % раствора на вазелиновом масле) в сыворотке наблюдается возрастание активности АЛаТ с 0.68 до 6.63 ммоль/ч·л и снижение скорости элиминации антипирина (АП; в/в, однократно, 50 мг/кг). Скорость выведения и общий клиренс АП снижались, период полувыведения и площадь под фармакокинетической кривой – возрастали. У кроликов, которым через 12 часов после введения ССІ4 инъекцировали никетамид (п/к, 80 мг/кг в течение 3 дней), показатели элиминации АП приближались к величинам интактных животных (табл.), однако активность АЛаТ в сыворотке этих животных существенно не изменялась.

Таблица. Влияние никетамида на элиминацию антипирина у кроликов с ССІ4-гепатозогепатитом ($M \pm m$; $n = 4$ на каждый срок наблюдения)

Фармакокинетические параметры выведения антипирина	Интактные	ССІ4	
		ССІ4+никетамид	
		3 суток	10 суток
Константа скорости выведения, мг/ч	0.18 ± 0.01	$0.10 \pm 0.01^*$ $0.16 \pm 0.02^§$	$0.13 \pm 0.01^*$ $0.27 \pm 0.04^{*§}$
Общий клиренс, мл/ч	0.22 ± 0.01	$0.10 \pm 0.01^*$ $0.21 \pm 0.02^§$	$0.14 \pm 0.02^*$ $0.34 \pm 0.02^{*§}$
Площадь под кривой, г·мин/л	13.61 ± 0.69	$31.59 \pm 2.87^*$ $14.55 \pm 1.19^§$	$19.26 \pm 0.57^*$ $8.44 \pm 0.47^{*§}$
Период полувыведения, ч	9.06 ± 0.29	$16.01 \pm 1.54^*$ $8.81 \pm 0.99^§$	$10.94 \pm 0.49^*$ $6.22 \pm 0.18^{*§}$

Примечание: над чертой – ССІ4, под чертой – ССІ4 + никетамид. * – $p < 0.05$ к интактным, § – к получавшим ССІ4 кроликам.

К 10-м суткам после введения кроликам ССІ4 активность АЛаТ удерживалась на повышенном уровне. Элиминация АП была снижена, хотя в меньшей степени, чем через 3 суток после введения ССІ4. Константа скорости выведения и общий клиренс оставались сниженными, а период полувыведения и площадь под фармакокинетической кривой – повышенными.

В группе животных, получавших с лечебной целью никетамид, активность АЛаТ в сыворотке, в сравнении с активностью этого фермента у нелеченных животных, была ниже на 40%. Гидроксиллирующая функция печени нормализовалась. Константа скорости элиминации и общий клиренс увеличились (на 45 и 64%), а период полувыведения и площадь под фармакокинетической кривой – снизились (на 40 и 42%) в сравнении с интактными животными (табл.).

Таким образом, результаты приведенных исследований свидетельствуют о способности дыхательного аналептика никетамида ускорять восстановление нарушенных ССІ4 плазматических мембран гепатоцитов, а также лекарственнометаболизирующей функции печени. В механизме его лечебного действия, по-видимому, основную роль играют антиоксидантные и ферментиндуцирующие свойства. Последнее, по-видимому, реализуется по механизму субстратной индукции цитохромов Р450 печени.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНАМИДА И НИКЕТАМИДА НА СКОРОСТЬ ЭЛИМИНАЦИИ АНТИПИРИНА У КРЫС С ГИДРАЗИНОВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Лещук С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бушма М.И.

Через 1, 2 и 3 суток после однократного внутрибрюшинного введения крысам солянокислого гидразина (0.56 г/кг) в сыворотке регистрируется увеличение содержания в/в введенного антипирина (АП; 50 мг/кг, однократно), соответственно, на 38, 35 и 30% в сравнении с интактными животными (табл.).

Таблица – Влияние никотинамида (60 мг/кг; под кожу, 1, 2 и 3 дня) и никетамида (80 мг/кг) на содержание антипирина (внутривенно, 50 мг/кг, однократно) в сыворотке крыс с гидразиновым (внутрибрюшинно, 0.56 г/кг, однократно) жировым гепатозом ($M \pm m$; $n = 6$)

Условия опыта	Содержание антипирина (мг/мл) через 90 минут после введения		
	1 сут. после гидразина	2 сут. после гидразина	3 сут. после гидразина
Контроль	20.46 ± 0.55		
Гидразин	$28.22 \pm 0.43^*$	$27.72 \pm 0.75^*$	$26.59 \pm 1.16^*$
Гидразин + никотинамид	$27.10 \pm 2.29^*$	$21.96 \pm 1.36^{\S}$	$20.68 \pm 1.13^{\S}$
Гидразин + никетамид	$18.40 \pm 1.12^{\S}$	$15.73 \pm 0.69^{*\S}$	$12.06 \pm 0.28^{*\S}$

Примечание: * – $p < 0.05$ к контрольным, $\S$ – к получавшим гидразин крысам.

НА (п/к, 30 мг/кг, 2 раза в день в течение 1, 2 и 3 дней) оказывает нормализующее действие на содержание АП в сыворотке крыс с интоксикацией гидразином. На 2 и 3 сутки опыта у получавших НА животных содержание АП в сыворотке нормализовалось, а в сравнении с нелечеными животными было снижено на 21 (2 сут.) и 22 (3 сут.)% (табл.).

Никетамид, в сравнении с НА, оказывает более выраженное нормализующее действие на содержание АП в сыворотке крыс с гидразиновым жировым гепатозом. Его введение (п/к, 40 мг/кг, 2 раза в день в течение 1, 2 и 3 дней) приводит к снижению содержания АП в сыворотке в сравнении с получавшими гидразин нелечеными животными на 35, 43 и 55% (соответственно, на 1, 2 и 3 сутки опыта). В сравнении с интактными животными уровень АП в сыворотке нормализовался (1-е сутки опыта) или даже снизился на 23 и 41% (соответственно на 2 и 3 сутки опыта) (табл.).

Таким образом, результаты приведенных исследований свидетельствуют о способности никетамида ускорять восстановление нарушенных солянокислым гидразином процессов элиминации АП у крыс. По-видимому, никетамид ускоряет процессы метаболической трансформации АП цитохромом P450 до его неактивных водорастворимых метаболитов, выделяемых с мочой. Это обусловлено способностью никетамида вызывать индукцию цитохрома P450 [1].

Литература

1. Лакин К.М., Крылов Ю.Ф. Биотрансформация лекарственных веществ. – М.: Медицина, 1981.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНАМИДА И НИКЕАМИДА НА ФУНКЦИЮ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ КРЫС С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ CCl_4

Лещук С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Бушма М.И.

Через 2, 3 и 4 суток после введения крысам CCl_4 (в желудок, 2.5 мл/кг, в виде 50 % раствора на вазелиновом масле, однократно) сопровождается увеличением в сыворотке активности аланиновой аминотрансферазы (АлАТ) соответственно в 3.8, 2.8 и 1.6 раз. На 5-ые сутки активность фермента нормализовалась. В эти сроки элиминация субстрата монооксигеназной системы печени – антипирина (АП; в/в, 50 мг/кг, однократно) значительно замедлена. Его содержание в сыворотке (через 90 минут после введения) у этих животных превышало контрольный уровень соответственно на 58, 40, 38 и 16 %.

Введение никотинамида (НА; п/к, 60 мг/кг, в течение 2, 3, 4 и 5 дней; начиная через 6 часов после введения CCl_4) ускоряло как восстановление целостности мембран гепатоцитов, так и гидроксiliрующей функции печени. Под влиянием витамина активность АлАТ в крови снижалась до контрольных величин уже на 4-ые сутки опыта. К этому же сроку у животных, получавших НА, восстанавливалась до нормального уровня скорость элиминации АП. Никетамид в эквимолярной дозе (п/к, 80 мг/кг, в течение 2, 3, 4 и 5 дней) оказывал более выраженное, чем НА, нормализующее действие на фармакокинетику АП и активность АлАТ в сыворотке, нарушенные при CCl_4 -гепатозогепатите у крыс. Гидроксiliрующая функция печени у крыс, получавших никетамид, нормализуется в более ранние сроки. На 3, 4 и 5 сутки опыта концентрация АП в сыворотке опытных крыс была ниже не только в сравнении с нелечёнными, но и в сравнении с интактными животными.

При изучении отдельных параметров фармакокинетики АП установлено нижеприведенное. Величина скорости выведения АП у нелечённых крыс снижена в сравнении с контролем на 23 %. Общий клиренс несколько снижен, а площадь под фармакокинетической кривой увеличена. Однако их значения, как и периода полувыведения, уже приближаются к контрольным величинам. У крыс, которым с лечебной целью вводили НА, скорость элиминации АП и его клиренс, в сравнении с величинами этих показателей у нелечённых животных, были выше соответственно на 34 и 76 %, а площадь под фармакокинетической кривой и период полувыведения соответственно меньше на 73 и 61 %. При введении крысам с лечебной целью никетамидом скорость элиминации АП и его клиренс, в сравнении с величинами этих показателей у нелечённых животных, были выше соответственно на 35 и 77 %, а площадь под фармакокинетической кривой и период полувыведения соответственно меньше на 74 и 64 %.

Вышеприведенные результаты свидетельствуют о способности CCl_4 повреждать гепатоциты крыс (судя по увеличению в сыворотке активности АлАТ) и ингибировать активность монооксигеназной системы печени (судя по параметрам фармакокинетики АП), что согласуется с многочисленными литературными данными. НА и, особенно, никетамид, обладают гепатозащитным действием. Под их влиянием в значительной степени нормализуется целостность плазматической мембраны гепатоцитов и активизируется монооксигеназная система печени.

Полезное мембранопротекторное и ферментстимулирующее действие НА и, особенно, никетамидом на монооксигеназную систему печени, по-видимому, обусловлено их антиоксидантным и субстратиндуцирующим действием, участием в биосинтезе фосфолипидов биомембран.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО ДВУХ ЛЕТ

Лис Т.М., Марцинович А.М., Сорокина Т.Б.

Гродненская областная клиническая больница, Беларусь.

Кафедра оториноларингологии и стоматологии.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хоров О.Г.

Острые средние отиты у новорожденных и детей первых двух лет жизни являются одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний в данном возрасте. Это обусловлено возрастными анатомо-физиологическими особенностями и изменениями иммунологической реактивности детского организма в связи с ухудшением экологических условий, неблагоприятным воздействием внешней среды, патологическими родами, перенесенными инфекционными заболеваниями матери во время беременности. Поэтому в настоящее время большое внимание уделяется своевременной диагностике, лечению и реабилитации острых отитов у данной группы детей.

Цель работы: оценить эффективность лечения острого среднего отита у детей до двух лет.

Объекты и методы. Было проведено исследование группы детей общим количеством 287 человек, из них в возрасте до двух лет- 51 человек (17,8 %) с диагнозом острый средний отит, находившихся на лечении в оториноларингологическом гнойном детском отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 2010 году, с целью оценить эффективность лечения острого среднего отита у детей до двух лет.

Результаты. Все наблюдаемые нами пациенты подразделены на 3 группы. 1-я группа – 13 человек (25,5%) получала комплексное лечение с применением антибиотиков с момента поступления. У 31 человека 2-й группы (60,8%) была произведена тимпанотомия с назначением антибиотиков. В 3 группе из 7 человек (13,7%) был произведен парацентез с назначением местного лечения (антибиотикотерапию получали до поступления в стационар). Всем больным проводилось восстановление носового дыхания, вентиляционной и дренажной функции слуховой трубы.

Исследуемые пациенты получали следующие группы антибиотиков: цефалоспорины- 32 человека (62,7%), линкозамиды – 2 человека (4%), аминопенициллины – 3 человека (5,9%), защищенные пенициллины – 3 человека (5,9%), комбинированная антибиотикотерапия – 4 человека (7,8%). Посев на микрофлору был взят у 20 человек. Из них у 45% рост микрофлоры не был получен, у остальных 55 % пациентов микрофлора распределилась следующим образом: стафилококки – 18%, стрептококки – 9%, микрококки – 46%, полиморфная флора – 27%.

В 1-ой группе пациентов динамическое улучшение субъективно, объективно и по клинко-лабораторным показателям наступало на 1-4 день лечения у 51%. Во 2-ой группе детей такое же улучшение отмечалось на 1-4 день у 66%. В 3-й группе – на 1-4 день у 15,6%.

Выводы. Лечение детей с острым средним отитом в возрасте до 2 лет с применением тимпанотомии и антибиотиков показывает свою эффективность. Учитывая распространенность эмпирической антибактериальной терапии, как в клинической, так и в амбулаторной практике, необходимо использовать в качестве препаратов первого ряда антибиотики широкого спектра действия, в частности, цефалоспорины.

Литература:

1. Грибач А.Л., Грибач Л.И /Сборник научно-практических статей г. Минск, 2007 г. с.58-59
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Полякова Т.С./ Вестник оториноларингологии №6 Москва, 1997 с.7-8
3. Петрова Л.Г./ Республиканский съезд оториноларингологов Минск, 2002 с.70
4. Тарасова Г.Д., Строганов В.П./ Вестник оториноларингологии №6 Москва, 1997 с.4

ПРИЧИНЫ ОБРАЩАЕМОСТИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Лисовский П.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.

Среди проблем структурного реформирования отрасли здравоохранения важнейшее значение имеет совершенствование службы скорой медицинской помощи [1]. Служба скорой медицинской помощи (СМП) на современном этапе оказалась одной из самых востребованных из-за снижения доступности медицинской помощи в целом, ослабления медицинской профилактики, ухудшения здоровья населения, увеличения травматизма и других несчастных случаев [2,3].

Целью данного исследования явилось изучение объема и характера обращаемости городского населения за СМП.

Материал и методы. Произведена паспортизация терапевтического участка одной из поликлиник областного центра, что позволило определить численность и возрастно-половой состав населения. На базе СМП ретроспективно сплошным методом осуществлена выкопировка из первичной документации информации обо всех вызовах СМП взрослым населением исследуемого участка за 2009 год. Общее число наблюдений составило 852 вызова СМП.

Полученные результаты. Обращаемость за СМП в 2009 г. составила $404,8 \pm 10,7$ случая на 1000 населения, варьируя в зависимости от пола (мужчины – $372,1 \pm 15,8$ ‰, женщины – $431,0 \pm 14,5$ ‰, $P < 0,05$).

Изучение структуры вызовов СМП показало, что 305,9 вызова на 1000 населения обусловлено внезапными заболеваниями и состояниями, 63,2‰ приходится на перевозку больных, рожениц и родильниц, 25,7‰ связаны с несчастными случаями 10,0‰ – патологией беременности и 3,3‰ – безрезультатные вызовы.

Уровень госпитализации больных, доставленных машиной скорой медицинской помощи, составил 160,0‰, что соответствует 57,1% от общего числа поступивших на стационарное лечение. Удельный вес госпитализированных по отношению к обратившимся за скорой помощью варьирует в широких пределах в зависимости от установленного диагноза. Наиболее высок этот показатель при травмах (85,2%), болезнях органов пищеварения (83,3%) и мочеполовых органов (69,8%). В 2-2,5 раза он ниже при болезнях органов дыхания (39,2%), психической и наркотической патологии (32,6%). Лишь каждый 7–8-й вызов скорой помощи при болезнях нервной и сердечно-сосудистой системы заканчивается госпитализацией.

Распределение вызовов по отдельным классам болезней показало, что каждое второе обращение обусловлено болезнями системы кровообращения (50,0%), каждое 11-е связано с болезнями органов дыхания (9,3%). На последующих позициях, незначительно отличаясь, расположились болезни органов пищеварения (8,4%), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (7,6%), психические расстройства и расстройства поведения (6,0%), болезни мочеполовых органов (6,0%) и новообразования (5,2%).

Анализ времени вызовов показал, что половина из них (50,1%) приходится на рабочее время поликлиники, 18,9% – на выходные и праздничные дни и менее трети (31,0%) – на нерабочие часы поликлиники (с 20.00 до 8.00 часов). Это свидетельствует об имеющихся резервах снижения числа вызовов скорой помощи с передачей их врачам поликлиник.

Выводы. Таким образом, установленный в ходе исследования фактический уровень, структура, причины, полицевая обращаемость за СМП могут быть использованы руководителями органов и учреждений здравоохранения при планировании объемов и организации работы службы СМП.

Литература:

1. Калининская, А.А. Объем и характер работы скорой медицинской помощи

в Российской Федерации и пути ее реорганизации /А.А.Калининская, С.И.Шляфер, А.К.Дзугаев// Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – №4. – С.38-42.

2. Осипов, А.Н. Новый опыт организации службы скорой медицинской помощи / А.Н.Осипов //Здравоохранение. – 2002. – №1. – С.37-41.

3. Тишук, Е.А. Актуальные проблемы скорой медицинской помощи населению Российской Федерации/ Е.А.Тишук //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – №4. – С. 29-31.

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА

Лисовский П.Ч., Мелько Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – Томчик Н.В.

В детской популяции широко распространены малые аномалии развития сердца (МАРС), которые могут проявляться сразу после рождения или манифестировать под влиянием неблагоприятных факторов, стрессов. Учитывая тот факт, что стенки бронхов, сердечные структуры имеют общее мезенхимальное происхождение, особую актуальность представляет проблема состояния дыхательной системы у таких детей. В современных экологических и социально-экономических условиях состояние дыхательной системы – один из важнейших критериев, определяющих состояние физиологического благополучия организма человека и его продолжительность жизни, ее резервных возможностей [1].

Целью данной работы явилось провести оценку основных показателей функции внешнего дыхания у детей с малыми аномалиями развития сердца.

66 детям, состоящих под наблюдением в УЗ «Гродненская центральная городская поликлиника», выполнено клиничко-лабораторное обследование, включающее общеклинические, биохимические, ультразвуковые исследования сердца и внутренних органов, осмотр узких специалистов, в ходе которого была исключена патология органов дыхания, а также проведено спирографическое исследование. Оценивали следующие параметры спирограммы: дыхательный объем (ДО), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха (ОФВ), индекс Тиффно (ИТ) в зависимости от возраста, пола и основных параметров физического развития ребенка. Показатели выражались в процентах к должным величинам [1, 2].

По результатам ультразвукового исследования сердца были выделены 2 группы:

1-я группа – дети, имеющие МАРС (n=35);

2-я группа – дети, без МАРС, группа сравнения (n=31).

Установлено, что у детей первой группы были как изолированные МАРС (пролапс митрального клапана I степени с регургитацией или без нее, аномальная хорда левого желудочка, открытое овальное окно), так и сочетанные МАРС.

При анализе данных спирометрического исследования выявлено, что у детей первой группы имело место снижение показателей ДО, ЖЕЛ, ФЖЕЛ от должност-
вующих величин. По результатам нашего исследования выявлено, что практически у каждого третьего ребенка первой группы определяется снижение ДО по сравнению со второй группой (соответственно, 28,57%; 3,20%, $p<0,02$). У пациентов первой группы отмечается достоверное уменьшение ЖЕЛ (20,00%), по сравнению со второй группой (3,20%, $p<0,05$). Установлено, что около половины детей первой группы имели снижение ФЖЕЛ (45,71%), во второй группе – у 12,90% пациентов ($p<0,01$). По другим показателям, таким как ИТ, ОФВ, различий в группах не получено.

Таким образом, сравнительный анализ параметров функционального состояния дыхательной системы показал снижение показателей ДО, ЖЕЛ, ФЖЕЛ у детей, имеющих МАРС. Полученные результаты необходимо учитывать при диспансерном наблюдении за этими детьми.

Литература:

1. Давидовская, Е.И. Исследование функции внешнего дыхания в терапевтической практике: новые возможности / Давидовская Е.И. [и др.] // Медицинские новости. – 2005. – №3. – С. 80-84.

2. Организация работы по исследованию функционального состояния легких методами спирографии и пневмотахографии, и применение этих методов в клинической практике: О.И. Турина и др. // М-во здравоохранения Республики Беларусь, НИИ пульмонологии и фтизиатрии МЗ РБ. Минск, 2002. – 73 с.

ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ В ЗАПАДНЫХ РЕГИОНАХ БЕЛАРУСИ

Листванович Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Барцевич И.Г.

Буллезные дерматозы – это неинфекционные заболевания кожи, основным высыпным элементом которых является пузырь. Многие заболевания кожи на разных этапах своего развития могут проявляться пузырями (токсикодермия, синдром Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона, буллезные формы дерматитов). Пузыри при этих дерматозах являются одними из проявлений клинической картины и имеют разный патогенез [1,2]. В рассматриваемой нами группе заболеваний (буллезные дерматозы) пузырь и связанный с ним симптомокомплекс является «главным» в формировании клинических признаков дерматозов.

Цель исследования: изучить особенности буллезных дерматозов, явившихся причиной госпитализации в кожно-венерологические диспансеры.

Материал и методы. Объектом исследования явились 92 больных буллезными дерматозами, находившиеся на стационарном лечении. Анализируемая когорта была представлена пациентами Брестского ОКВД (42,4%) и Гродненского ОКВД (57,6%). Все параметры исследования оценивались ретроспективно на основании выкопировки необходимой информации из «Медицинских карт стационарного больного».

Статистическая обработка материала проводилась с помощью таблиц программы Microsoft Office Excel 2010. При сравнении количественных показателей использовали t-критерий Стьюдента. Гипотезы различия считали статистически значимыми при значении уровня достоверности ниже 0,05.

Результаты исследования. В структуре госпитализированной заболеваемости буллезные дерматозы занимают 1,3% среди лечившихся дерматологических больных. Наиболее часто диагностировались герпетический дерматоз Дюринга – 59,7%, затем акантолитическая пузырчатка – 31,5% и неакантолитическая пузырчатка – 8,8%.

Возникновению и развитию пузырных дерматозов присущи свои особенности. По социальному положению исследуемый контингент на 57,3% сформирован из пенсионеров, инвалиды по данному заболеванию составили 18,0%, рабочие – 20,2, служащие – 4,5%.

Средний возраст госпитализированных с буллезными дерматозами равен $61,6 \pm 1,6$ года, у женщин он несколько выше, чем у мужчин (мужчины – $58,3 \pm 2,6$, женщины – $64,2 \pm 2,1$), $p > 0,05$. Возрастной состав госпитализированных колебался в широких пределах от 32 до 92 лет. Эта патология у мужчин регистрируется в 1,3 раза реже, чем у женщин ($t=1,1$).

Наиболее представительной была группа пациентов в возрасте 70 лет и выше (41,3%), а в трудоспособном периоде находились 44,6% больных. Почти у каждого четвертого (22,7%) заболевание выявлено впервые, у остальных длительность его составила от 1 года до 7 лет (в среднем $2,8 \pm 0,4$ года). За исследуемый период на каждого пациента в среднем пришлось 1,2 госпитализаций, из них большинство

(86,9%) ею воспользовались однократно, дважды – 9,8%, а 2,2% – пятикратно.

Заключение. Таким образом, для улучшения медико-социальной помощи больным буллезными дерматозами необходимо акцентировать внимание не только на медицинском разделе, но и на социальном, профессиональном разделах, что позволит улучшить состояние здоровья данной группы населения.

Литература:

1. Романенко, И.М. Лечение кожных и венерических болезней: Руководство для врачей / И.М.Романенко, В.В.Кулага, С.П.Афонин. – М.: ООО «МИА», 2006. – Т.2. – 888с.

2. Patricio, P. Autoimmune bullous dermatosis: a review / P.Patricio, C.Ferreira, M.M. Gomes et.al. // Ann. N. Y. Acad. Sci. – 2009. – Vol. 1173. – P.203-210.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Литавор Д.М.

Кафедра анатомии человека

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – ст. преп. Щербакова М.Н.

Отклонения в анатомии основных ветвей системы почечной артерии могут проявляться на различных этапах постнатального онтогенеза в качестве основного звена возникновения почечной патологии. В связи с этим кровеносным сосудам почек уделяется особое внимание как в клиническом, так и в фундаментальном аспекте.

Методом макро- и микропрепарирования изучены почечные артерии у 68 плодов в возрасте 17-28 недель. исследование показало, что одиночная почечная артерия с обеих сторон имела у 39 плодов (57,3%). Симметричный уровень отхождения основных почечных артерий наблюдался у 5 плодов (7,4%). У 31 плода (45,6%) устье левой артерии находилось выше, чем правой, а у 32 плодов (47%), наоборот, выше располагалось устье правой артерии. Добавочные почечные артерии (воротные и полюсные) наблюдались с одной стороны у 23 плодов (41,1%), с двух сторон – у 1 плода (0,6%). Добавочные воротные артерии были обнаружены в 19 случаях, полюсные – в 11. Все добавочные артерии являлись ветвями брюшной аорты за исключением 2-х случаев, где нижнеполюсные артерии отходили от общих подвздошных артерий. Нижнеполюсные артерии встречались в 5 раз чаще, чем верхнеполюсные.

Обнаруженные топографо-анатомические особенности почечных артерий в основном касались их взаимоотношения с нижней полой веной. Как правило, правые почечные артерии проходили позади нижней полой вены. Однако, в 2-х случаях добавочные нижнеполюсные артерии перед вхождением в почку пересекали спереди нижнюю полую вену. В 2-х случаях нижняя полая вена окружалась двумя артериями: добавочная проходила спереди вены, а основная лежала позади нее.

Таким образом, почечные артерии представляют собой анатомические образования с весьма широким диапазоном варибельности относительно числа, хода, взаимоотношения между собой и с другими анатомическими структурами. Сопоставляя литературные данные с результатами нашего исследования, можно отметить, что анатомия почечных артерий плодов человека мало отличается от дефинитивного состояния.

Литература:

1. Асфандияров Ф.Р. Варианты ветвления артерий почек у плодов человека // Морфология, 2006. – Т. 129. – № 4. – С.11.

2. Козлов Д.В. Возрастная морфология почечных артерий // Морфология, 2009. – Т. 136. – № 4. – С.776-776.

3. Колесов М.А., Назимова Н.Г., Щербакова М.Н. О вариантах почечных артерий человека // Матер. первого конгресса морфологов Беларуси. – Минск, 1996. – Т. 1. – С. 45.

4. Межидов С.А. Топография почечных артерий // Морфологические ведомости, 2009. – Т. 1. – № 3-4. – С.116-117.

5. Михайлова М.Н., Меркулова Л.Н., Иванова Е.Н., Камышева М.В. Вариабельность строения и взаиморасположения почечных сосудов и мочеточника в почечной ножке // Морфология, 2009. – Т. 136. – № 4. – С.100а-100а.

ПРОБЛЕМА ДЕФИЦИТА ЙОДА ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА-МЕДИКА

Литвин Д.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – асс. Гулинская О.В.

Проблема йодной недостаточности является актуальной для Республики Беларусь, что подтверждается наличием практически повсеместного геофизического дефицита йода в почвах и водах Беларуси. Житель Беларуси потребляет в среднем 40 – 60 мкг йода в день, тогда как норма потребления йода для взрослого составляет 150 мкг в день. К человеку йод поступает через продукты питания и воду. Йод является важной составляющей гормонов щитовидной железы и необходим для их нормальной продукции. Если потребление йода снижено, щитовидная железа компенсаторно увеличивается, чтобы обеспечить организм достаточным количеством гормонов.

Цель. Уточнить степень информированности студентов о проблеме йоддефицита, определить наличие хронических заболеваний, оценить клиническое состояние тиреоидной системы

Нами были обследованы 108 студентов 3 – 6 курсов УО «Гродненский государственный медицинский университет». План обследования включал анкетирование и пальпацию щитовидной железы. Анкета считается положительной при полных ответах на все предложенные студентам вопросы. Для анализа было отобрано 60 анкет заполненных студентами в возрасте от 19 до 24 лет.

По результатам анкеты было выявлено, что: 27% проанкетированных студентов в полном объеме владеют информацией о йодной профилактике, проводимой в Республике Беларусь. 60% имеют представление, но в недостаточном количестве. 13% студентов не владеют информацией по данному вопросу. 45% студентов смогли назвать более 5 продуктов содержащих йод, 50% назвали от 2 до 4, а 5% ответили, что не знают таких продуктов.

67% проанкетированных студентов проживают в общежитии, 33% с родителями или самостоятельно, это свидетельствует о разнообразном рационе питания. Нами был проведен расчет индекса массы тела (ИМТ). При норме от 19,0 до 24,9 не выявлено ни одного студента с ожирением, зато 25% проанкетированных имеют дефицит массы тела. Каждый второй имеет хронические заболевания различных органов и систем.

Из студентов, которым проводилось обследование ЩЖ эндокринологом и УЗИ 67% здоровы, а 33% имеют зоб I степени. У 20 студентов (33%) имеющих зоб I степени: 50% случаев диффузное увеличение ЩЖ; 25% – узловое; 25% затрудняются ответить о форме увеличения ЩЖ. Каждый второй студент на время проведения анкетирования принимал различные лекарственные препараты, витамины, биологически активные добавки и др., при этом всего 33% медикаменты назначил врач, 30% начали принимать самостоятельно, 37% принимают препараты по совету друзей или узнали от СМИ.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что каждый второй (50%) студент имеет хронические заболевания. У каждого третьего (33%) имеется зоб I степени. Каждый четвертый (25%) имеет дефицит массы тела. Студенты недостаточно информированы о проблеме дефицита йода в Республике Беларусь, это свидетельствует о необходимости проведения просветительской работы, а также увеличение количества потребляемых продуктов содержащих йод в сутки, что необходимо для поддержания нормального функционирования тиреоидной системы.

Литература:

1. Аринчин, А.Н., Гембицкий, М.Н., Петренко, С.В. Зобная эндемия и йодная недостаточность у детей и подростков Республики Беларусь // Здравоохранение. – 2000. – № 11. – С. 25-30.
2. Мохорт, Т.В., Холодова, Е.А., Коломиец, Н.Д., Мохорт, Е.Г. Проблема йодного дефицита и пути ее решения в Республике Беларусь // Весці нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2006. – № 2. – С. 23-28.

ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НОВОГО ПРОИЗВОДНОГО ДЕКАГИДРОХИНОЛИНА

Ложко П.П., Гайдук А. В., Таразевич Н. К., Господарик Ю.Ю., Амбрушкевич А.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фармакологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Вдовиченко В.П.

Как известно, кардиология испытывает острую необходимость в новых лекарственных веществах, высокоэффективных при самых разных тахикардиях (т.е. с широким противоаритмическим спектром). Они должны при этом обладать низкой токсичностью и, желательно, быть пригодными также и для приёма внутрь (т.е. для лечения и профилактики хронических нарушений ритма). В работе исследовано производное декагидрохинолина под условным названием фармакологически активное вещество – 68 (ФАВ-68).

Для выявления противоаритмических свойств у ФАВ-68 использовались наиболее распространённые модели аритмии: аконитиновая (предсердно-желудочковая) и хлоридкальциевая (желудочковая), что позволяет смоделировать основные виды аритмии. Исследуемое вещество вводили белым крысам в разных дозах внутривенно (в бедренную вену), Поскольку ФАВ-68 нерастворим в воде, его вводили в смеси универсального растворителя ТВИН-80 и воды (1:10). Опыты проведены на белых крысах обоего пола, массой 140-220 г, наркотизированных тиопенталом натрия 50 мг/кг. Аконитиновую аритмию получали путем внутривенного введения крысам аконитина гидробромида. Доза аконитина варьировала 20- 40 мг/кг, т.к. подбиралась таким образом, чтобы у контрольных крыс аритмия возникала через 1-3 мин. после его введения. Хлоридкальциевую аритмию получали путём введения в бедренную вену 10% раствора хлорида кальция в дозе 300 мг/кг. В контроле от аритмии погибали все 100% животных. После ФАВ-68 5 мг/кг и 20 мг/кг на аконитиновой модели аритмии наблюдался противоаритмический эффект, а именно, статистически достоверно удлинялся латентный период аритмии, соответственно, у 40% и 80 % опытных крыс. При этом профилактического действия на возникновение аритмии не выявлено. Эталонный антиаритмик хинидин в дозах 10 мг/кг, 20 мг/кг и 30 мг/кг тоже вызывал лишь удлинение латентного периода аритмии, соответственно, у 40%, 100% и 40% опытных крыс. У лидокаина 5-15 мг/кг антиаритмическое действие на аконитиновой модели аритмии отсутствовало. ФАВ-68 в дозе 20 мг/кг и 25 мг/кг на хлоридкальциевой модели аритмии обладает выраженным противоаритмическим эффектом. Он удлинял латентный период у всех опытных крыс и предотвращал гибель 66.6% и 33.3% крыс, соответственно. Продолжительность жизни крыс опытной группы: 6.8 ± 1.8 (1.3 ÷ 12.5), что в два раза превосходит показатели контрольной группы крыс. Эталонный антиаритмик лидокаин был несколько более активен, чем ФАВ-68. Так, в дозе 10 мг/кг лидокаин обеспечивал выживание 60% крыс и удлинение жизни остальных 40% крыс, в дозе 5 мг/кг – выживали все крысы опытной серии 100%.

Таким образом, ФАВ-68 на аконитиновой и хлоридкальциевой экспериментальных моделях аритмии обладает противоаритмическим эффектом, сопоставимым с хинидином и лидокаином. При этом он превосходит лидокаин по спектру противоаритмического действия, поскольку активен и на хлоридкальциевой, и на аконитиновой моделях аритмии. Поэтому представляется необходимым всестороннее углублённое фармакологическое изучение данного производного декагидрохинолина, как потенциального нового антиаритмика для применения в кардиологической практике.

ОСЛОЖНЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ложко П.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

Амбулаторная флебэктомия показала себя эффективной операцией для лечения варикозного расширения вен. Этот метод применим для удаления вен небольшого диаметра. При этом методе удаление вены производится через несколько небольших разрезов на коже под местной анестезией. Образующиеся после удаления рубцы небольшого размера и практически незаметны. При обычном послеоперационном течении пациент начинает ходить через несколько часов после операции и может быть отпущен домой вечером в день операции или на следующее утро. Тем не менее, как и все операции, она имеет осложнения, о которых нужно знать, и правильно их лечить.

Характер осложнений зависит от тяжести поражения венозной системы и, конечно, от других сопутствующих заболеваний. В первые сутки возможны кровотечения из ран, которые приводят у (0,1%) пациентов к образованию гематом. Кровотечения необильные, их источником являются мелкие подкожные вены, которые не были перевязаны во время операции, а гематомы проходят в течение 10–20 дней после операции. У (0,02%) больных, флебэктомия может вызвать тромбоэмболию, причиной которой является тромбоз глубоких вен нижней конечности. Для профилактики данного процесса применяется двигательный режим в первые сутки после операции, компрессионная терапия и применение антикоагулирующих средств (гепарин 5000 ЕД), улучшающих реологические свойства крови. В области минирезов и иногда по ходу вены, у (4,6%) прооперированных наблюдается пигментация. У подавляющего большинства пациентов она проходит самостоятельно на 4–8 неделе. Однако у некоторых пациентов она упорно сохраняется несколько месяцев. Это происходит при операциях на большом количестве вен и развитии тромбофлебита. Надо отметить, что излившаяся в рану кровь является отличной питательной средой для микроорганизмов, поэтому у (0,07%) пациентов наблюдается такое осложнение, как нагноение раны, для лечения чего применяется дренирование и антибиотикотерапия. Относительно часто встречаются у (3,6%) телеангиэктазии, требующие склеротерапии. У (0,4%) больных при манипуляциях в области лодыжки обнаруживались нарушения чувствительности, которые являлись временными и продолжались 3–6 недель. Косметический эффект после флебэктомии во многом зависит от стадии варикозной болезни, особенности самой венозной системы и наличия или отсутствия осложнений варикозной болезни. Так, на начальных стадиях варикоза размеры и количество рубцов можно свести к минимуму. Если варикозная болезнь запущена и сопровождается трофическими язвами, дерматитами и обширной пигментацией, эти косметические дефекты остаются даже после операции наряду с небольшими рубцами на местах разрезов. Косметический эффект флебэктомии серьезно зависит и от индивидуальной предрасположенности к формированию рубцовой ткани. У (69%) пациентов даже при серьезном повреждении кожи формируются тонкие рубцы. Но, к сожалению, у (0,07%) даже при совсем незначительном повреждении есть предрасположенность к формированию грубого, выступающего над поверхностью кожи келоидного рубца.

Таким образом, для предупреждения возможных осложнений амбулаторной флебэктомии хирург должен учесть вероятность их возникновения и принять меры по предупреждению. А пациент, в свою очередь, должен строго соблюдать рекомендации, данные хирургом, – в частности, не снимать компрессионный лечебный трикотаж или эластические бинты до первой перевязки и соблюдать активный двигательный режим. А также осуществлять ежедневное ношение компрессионного трикотажа в течение 1,5–2 месяцев после операции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА С УСПЕВАЕМОСТЬЮ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ

Ложко П.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Балбатун О.А.

Успешная адаптация к учебной деятельности и физиологические особенности оказывают выраженное влияние на успеваемость студентов [Соловьев В.Н., 2004; Червяков А.В., Фокин В.Ф., 2007]. Частота асоциального поведения и употребления алкоголя также взаимосвязаны с успешностью обучения в ВУЗе [Nagata-Kobayashi S., 2010]. Целью данного исследования явилось изучение взаимосвязи характера организации суточных биоритмов, личностной ответственности с успеваемостью и употреблением алкоголя студентами.

Исследование проводилось в 2 этапа. В исследовании приняли участие 110 практически здоровых студентов обоего пола 2-3 курсов ГрГМУ, в возрасте от 18 до 24 лет. У 60 испытуемых определяли систолическое (Ps) и диастолическое (Pd) давление, ЧСС в покое и при задержке дыхания на стадии глубокого вдоха (рефлекс Геринга), вегетативный индекс Кердо (ВИК). Проводили тестирование личностной ответственности. У 50 испытуемых путем анонимного анкетирования определяли частоту употребления алкоголя в баллах: 1 балл – не употребляю; 2 балла – периодически; 3 балла – часто; 4 балла – постоянно, а также и частоту посещения клубов и дискотек: 1 балл – не посещаю; 2 балла – периодически; 3 балла – часто; 4 балла – постоянно.

У всех студентов оценивали тип суточной организации биоритмов с помощью опросника Хорна-Остберга с выделением групп утреннего хронотипа («жаворонки»), вечернего хронотипа («совы») и аритмичного хронотипа («голуби»). Успеваемость характеризовали средним баллом двух сессий первого года обучения. Производили статистическую обработку результатов с использованием пакета STATISTICA. Поскольку большинство параметров не имели нормального распределения – использовали непараметрические методы статистики. Выполняли корреляционный и кластерный анализ.

Обнаружена положительная корреляция между выраженностью личностной ответственности и успеваемостью студентов (коэффициент корреляции Спирмена $R=0,3816$, $p=0,0026$). Выявлена положительная корреляция между степенью утреннего хронотипа и успеваемостью ($R=0,2599$, $p=0,0449$). Студенты-«жаворонки» также характеризовались повышенной личностной ответственностью ($R=0,4446$, $p=0,0004$). При кластеризации выборки методом К-средних высокая успеваемость ассоциировалась с увеличением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, утренним хронотипом и повышенной личностной ответственностью. Кластер с низкой успеваемостью характеризовался повышением тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы, максимальным снижением ЧСС на стадии глубокого вдоха, повышением частоты аритмичного и вечернего хронотипов, низкой личностной ответственностью. По мере увеличения баллов теста Хорна-Остберга (увеличения выраженности вечернего хронотипа) росла частота употребления алкоголя ($R=0,6064$, $p=0,0003$) и частота посещения дискотек ($R=0,4209$, $p=0,0023$). Обращает на себя внимание достоверная корреляция между частотой употребления алкоголя студентами и частотой посещения дискотек ($R=0,5140$, $p=0,0001$).

Таким образом, характер организации суточных биоритмов и личностная ответственность взаимосвязаны с успеваемостью и употреблением алкоголя студентами. Утренний хронотип (студенты-«жаворонки»), повышенная личностная ответственность, сочетаются с низкой частотой употребления алкоголя и способствуют успешному обучению и высокой успеваемости.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНЩИНЫ В ПЕРВОЕ ПОСЛЕВОЕННОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ

Ложко П.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н. Сильванович С.А.

Процесс восстановления системы здравоохранения Гродненщины осуществлялся по мере освобождения территории области от немецких захватчиков. Окончание Великой Отечественной войны позволило направить для этой цели большие средства по сравнению с теми, которые выделялись в предыдущие годы. К концу 1955 г. было восстановлено 43 больницы, открыто 4 диспансера, 38 фельдшерско-акушерских пунктов, 51 аптека, 3 станции скорой помощи. В числе первых начала свою работу в Гродно 1-я горбольница. Гродненская городская 2-я клиническая больница разместилась в старых стенах мужского католического монастыря. Кроме крепких монастырских стен здесь ничего не было. И сотрудники, и горожане несли всё, что имели: подушки, простыни, одеяла. Больным не хватало продуктов. Медсёстрам приходилось работать целыми сутками, ведь, кроме врачебных назначений, нужно было носить воду из колонки, дрова, топить печку. Но никто не жаловался на трудную работу. Для данного периода характерно стремление к быстрейшему достижению и превышению довоенного уровня развития здравоохранения. Действительно, уже к 1950 г. по ряду показателей отмечался прирост в сравнении с 1946 г. В это время возобновляют работу Минский и Витебский медицинские институты, вводится шестилетняя подготовка врачей, восстанавливаются международные контакты белорусских ученых-медиков, созываются первые научные съезды и юбилейные сессии с участием ученых и врачей союзных республик. Все это оказывало положительное влияние на развитие медицины, диагностику и лечение заболеваний по республике в целом и на Гродненщине в частности. Одновременно в городах утверждался участково-территориальный принцип, формировались единые врачебные участки [1]. В 1946 г. на Гродненщине вводилась система организации медицинской помощи детям по принципу единого педиатра. В 1947 г. была учреждена должность подросткового врача. Однако, учреждения охраны материнства и детства продолжали испытывать существенные проблемы: детские и женские консультации продолжали размещаться в одном кабинете поликлиник. Актуальной продолжала оставаться проблема укомплектования врачами сельских медицинских учреждений. В 1950 г. 42,8% обратившихся за помощью сельских жителей было принято средним медицинским персоналом. В 1953 г. в 121 сельской больнице и амбулатории не было врачей. С 1952 г. внедряется диспансерный метод наблюдения за сельским населением [2]. С 1951 г. вводится участково-цеховой принцип медицинского обслуживания рабочих. Однако в 1955 г. только 66,7% работников промышленных предприятий Гродненской области было охвачено профосмотрами. К концу первой послевоенной пятилетки в республике образуются первые врачебно-физкультурные диспансеры и кабинеты в 1950 г. Общая летальность в 1953 г., в сравнении с 1948 г., уменьшилась в 1,5 раза [3].

Таким образом, в первое послевоенное десятилетие, в основном, была восстановлена медико-санитарная сеть Гродненщины, в систему здравоохранения были введены некоторые новые организационные формы, удалось добиться снижения заболеваемости тифом, малярией, трахомой.

Литература:

1. Беяцкі, Д., Кручок, Г. Ахова здароўя ў Беларускай ССР / Д. Беяцкі, Г. Кручок. – Мінск: Дзяржвыдат БССР, 1958. – 52 с.
2. Национальный архив Республики Беларусь. -Ф.46.-Оп. 8.- Д.8 - Л.1-16 .
3. Инсаров, И. А. Повышать качество медицинского обслуживания населения / И.А.Инсаров// Здравоохранение Беларуси. – 1955. – № 1. – С. 3-11.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ УЗКОГО ТАЗА СРЕДИ РОЖЕНИЦ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Лосева В.В.

Российский Государственный Университет им. И. Канта. Россия

Кафедра фундаментальной медицины

Научный руководитель – д.м.н., доц. Морозов Ю.Е.

Актуальность. Аномалии костного таза относятся к наиболее частым причинам нарушения нормального течения родов. Проблема ранней диагностики узкого таза приобретает особую значимость в связи с акселерацией, увеличением численности юных первородящих и массы тела новорожденных. Риск неблагоприятных исходов без своевременной подготовки к предстоящим родам при наличии узкого таза значительно возрастает.

Целью настоящего исследования является определение частоты встречаемости узкого таза среди рожениц Калининградской области.

Для достижения поставленной цели были решены следующие **задачи**:

1. Проведено измерение размеров таза у 100 рожениц в перинатальном Центре Калининградской области.

2. Выполнен статистический анализ полученных результатов.

Методы исследования. Анализ медицинской научной литературы по избранной теме; унифицированное клинико-акушерское обследование рожениц.

Результаты. При акушерском обследовании 100 рожениц в перинатальном центре Калининградской области узкий таз был диагностирован в 57 случаях. Преобладали следующие виды узкого таза: общеравномерносуженный, плоский и простой плоский с I и II степенью сужения.

Вывод. В Калининградской области среди рожениц имеет место высокая частота встречаемости узкого таза (57%), что обуславливает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы для разработки эффективных профилактических мероприятий подготовки к родам.

Литература:

1. Узкий таз [Ресурс Интернет] / <http://www.rod.ru/delivery/narrow-basin.html>.
2. Анатомия человека. Русско-латинский атлас. Цитология. Гистология. Анатомия. Справочник / Г.Л. Билич, В.А. Крыжановский. – М.: Издательство Оникс, 2006. -С.636;
3. Акушерство.-8-е изд., перераб. и доп.-М.:Медицина, 1986.–336 с.;
4. Беременность и роды высокого риска / Абрамченко В.В.–М.:Издательство МИА, 2004.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РОЖИ

Лукашевич Н.А., Сацута А.В., Коляда А.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – проф. Мармыш Г.Г.

Рожистое воспаление – широко распространенное заболевание, вызываемое в-гемолитическим стрептококком группы А и характеризуется очаговым воспалением кожи или слизистых оболочек. Кроме обычного воспаления, при роже присоединяется аллергический компонент, который способствует длительному рецидивирующему течению заболевания [1].

Заболеваемость рожей составляет 1,2–2,4 случая на 1000 населения и в структуре инфекционной патологии занимает 4-ю позицию за острыми респираторными, кишечными инфекциями, вирусными гепатитами. В их составе примерно 1/3 составляют больные рецидивирующей рожей [2,3].

Целью данного исследования явилось изучение состава госпитализированных по причине рожистого воспаления.

Изучению подвергнуты все случаи госпитализации пациентов в хирургическое отделение крупной городской больницы с клиническим диагнозом «рожистое воспаление». Применен сплошной ретроспективный метод по анализу госпитализированного контингента за промежуток в один год. Для этого использованы специально разработанные бланки, в которые производилась выкопировка интересующих сведений «Статистических карт выбывшего из стационара».

Состав госпитализированных на 54,1% сформирован из женщин и фактически не отличается от структуры населения по гендерному признаку ($p > 0,05$). Установлена прямая связь уровня госпитализации с увеличением возраста. Начиная с периода трудоспособности, поток госпитализированных за каждый десятилетний интервал возрастает в среднем на 4,8%, достигая максимума в 70 лет и старше. Контингент госпитализируемых на 0,7% формируется за счет детей (от 0 до 18 лет), треть составляют лица трудоспособного возраста (33,1%), остальные – пенсионного возраста (66,2%). Согласно полученным данным, рост госпитализированной заболеваемости по поводу данной патологии наблюдается летом (44,6%) и весной (30,4%).

Основными причинами госпитализации является рожистое воспаление нижних конечностей (96,0%). Патологический процесс локализуется на голених (88,7%), чаще (в 1,5 раза) на правой, $P < 0,001$. Последующие места занимают стопа (4,9%), стопа и голень (3,5%), бедро (1,5%) и нижняя конечность (1,4%). По характеру местных поражений, явившихся причиной госпитализации, следует выделить следующие формы: эритематозная (58,3%), буллезная (21,3%), гнойная (11,1%), флегмонозная (6,5%) и гангренозная (2,8%). Практически у каждого десятого пациента (9,5%) зарегистрировано осложнение, преимущественно в виде абсцессов, флегмон, некрозов кожи, язв, тромбозов, лимфостазов. В среднем госпитальное лечение продолжалось 2 недели ($14,2 \pm 0,9$ дня, $t = 2,1$). Однако в зависимости от формы заболевания у каждого четвертого этот срок превышал 20 дней (18,2%) и 30 дней (7,4%). Исход лечения у всех пациентов оказался благоприятный: у 50,0% наблюдалось значительное улучшение, у 48,0% – улучшение и у 2,0% – без перемен.

Таким образом, учет особенностей течения рожистого воспаления и медико-социальных аспектов госпитализируемого контингента позволит повысить качество дифференциальной диагностики на ранних этапах этого заболевания.

Литература:

1. Бурданова, Т.М. Оптимизация профилактики рецидивов первичной рожи с применением циклоферона /Т.М.Бурданова, К.А.Аитов // Клиническая медицина. – 2010. – №6. – С.55–58.
2. Краснова, Е.И. Патогенетические подходы к прогнозированию вариантов течения рожи и совершенствование ее терапии: автореф. ... дис. д-р мед. наук. – Томск, 1997.
3. Ратникова, Л.И. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи /Л.И.Ратникова //Эпидемиол. и инфекционные болезни. – 2007. – №2. – С.16–20.

ОСОБЕННОСТИ ОСВОЕНИЯ ЛАТИНСКИХ ЗАИМСТВОВАНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ АНГЛИЙСКОМ (НА ПРИМЕРЕ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ)

Лукашевич Ю.Ф.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. Преп. Князева Ю.В.

Объект исследования. Латинские и английские медицинские термины.

Предмет исследования. Степень ассимиляции заимствованных английских медицинских терминов.

Роль заимствований в процессе обогащения словарного состава английского языка очень большая, так как акцент заимствований в английском языке значительно выше, чем в других языках, он составляет 70 % от общего числа заимствованных

лексических элементов. В процессе пополнения словарного состава английского языка заимствованные термины подвергались ассимиляции.

Как известно, «ассимиляция – это приспособление заимствованных слов в фонетическом, грамматическом, семантическом и графическом отношении к системе принимающего языка».

В процессе заимствования слова могут приобретать новую систему лексических и грамматических норм, а возможны и варианты перехода заимствованных слов в английский язык без каких-либо изменений.

Цель исследования. Выявить изменения заимствованных английских медицинских терминов в фонетическом, грамматическом и графическом отношении к системе английского языка, охарактеризовать семантические и собственно терминологические аспекты освоения латинизмов в медицинских терминосистемах английского языка.

Основными методами исследования были описательный, сопоставительный методы, метод количественного анализа.

В качестве источников исследования латинская и английская медицинская терминология заимствована из учебных пособий, атласов, англо-русских медицинских разговорников, а также словарей, авторами которых являются Марцелли А.А., Малинаускене Н.К., Петров В.И., Чупятов В.С. и Корн И.С., Сапин М.Р., Швецов Э.В. и Никитюк Д.Б. Чернявский М.И., Акжигитов Г.Н. и Акжигитов Р.Г., Алексеев А.П., Бахрушина Л.А.; русская медицинская терминология взята преимущественно из разных томов краткой медицинской энциклопедии, а также из книг ранее перечисленных авторов.

Объектом исследования являются 420 лексических единиц, выделенных путем выборки из словарей.

Результаты исследования. Получены следующие выводы: Все медицинские термины в той или иной степени подвергались ассимиляции. В ходе исследования выяснилось, что в медицинской терминологической системе встречаются полные грамматические заимствования, частичные грамматические заимствования, полные кальки, полукальки. Обнаружены следующие изменения в английской терминологии: переход одного эквивалента из латинского языка в английский без изменений; редукция окончаний и суффиксов, а в ряде случаев и присоединение к английскому термину других гласных и согласных. Данные изменения обусловлены разным лексико-грамматическим строем латинского и английского языков: в латинском языке существительные и прилагательные имеют категории рода, числа и падежа, а соответственно и разные окончания.

Практическая значимость в применении результатов исследования на спецкурсах по переводу; материал также может быть использован врачами и средними медработниками в качестве методического пособия по изучению медицинских терминов.

ДЕМОНСТРАЦИЯ ПРЯМОГО МАГНИТОСТРИКЦИОННОГО ЭФФЕКТА

Лукашик Е.Е., Мигуро Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преп. Сапега О.Е.

Прямой магнитострикционный эффект широко используется для получения ультразвука: если по обмотке возбуждения, вдоль оси которой расположен ферромагнитный стержень, пропускать переменный ток достаточно высокой частоты, то стержень будет периодически изменять свои размеры и его колеблющиеся концы смогут возбудить в окружающей среде упругую ультразвуковую волну. Сравнительно недавно для вибраторов магнитострикционных излучателей стал использоваться и феррит – ферромагнитный материал, сильно напоминающий по своим свойствам и способу получения керамику. Феррит обладает значительной магнитострикцией,

близкой к магнитострикции никеля, и вместе с тем высоким удельным сопротивлением. Основным недостатком феррита является его малая механическая прочность: ферритовые вибраторы при достижении интенсивности ультразвука порядка 2-4 Вт/см², как правило, терпят излом. Однако ультразвук интенсивности в пределах 1 Вт/см² позволяет поставить большую серию учебных опытов.

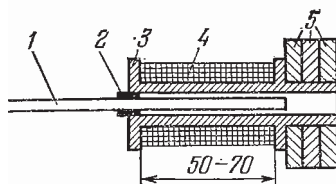


Рис. 1. Конструкция магнитострикционного излучателя

1 – ферритовый вибратор, 2 – резиновое колечко, 3 – каркас обмотки возбуждения, 4 – обмотка возбуждения, 5 – кольцевые керамические магниты

Конструкция магнитострикционного излучателя и его внешний вид изображены на рис. 1. В качестве вибратора излучателя использован круглый ферритовый стержень марки М40ОНН диаметром 8 мм и длиной 100 мм. В каркасе обмотки возбуждения вибратор мягко закреплен с помощью резинового колечка, расположенного по его середине. Каркас обмотки возбуждения склеен из нескольких слоев бумаги. Обмотка возбуждения содержит 500 витков двух слоев провода ПЭЛ 1,0, намотанных виток к витку на длину, равную примерно половине длины вибратора. Выводы обмотки возбуждения выполнены из многожильных проводников в полихлорвиниловой изоляции длиной 30–50 см, снабженных наконечниками для зажима под клеммы для включения в гнезда. Обмотка возбуждения покрыта слоем лакоткани или несколькими слоями бумаги. Для подмагничивания вибратора используется три кольцевых керамических магнита диаметром 35 мм и толщиной 7 мм из школьного набора. Магниты надеты на выступающую часть обмотки возбуждения так, чтобы нерабочий торец вибратора находился в одной плоскости с поверхностью ближайшего к нему магнита.

Излучатель подключается к выходу генератора электрических сигналов ГЗ-56. Поставив излучатель вертикально, и положив на него, лезвие бритвы или подобный ему плоский и легкий металлический предмет. При установке генератора на частоту 5-7 кГц и включении сигнала от излучателя должен слышаться слабый писк. При увеличении частоты и установлении резонансной частоты ферритового стержня лезвие начнет сильно дребезжать и свалится с торца стержня.

Поместим на торец стержня каплю воды – она должна топорщиться и покрываться мелкой рябью. Добавляя и отнимая магниты, регулируя подаваемую на излучатель мощность, добиваемся такой мощности, чтобы капелька воды быстро распылялась в туман. Иногда для этого нужно чуть выдвинуть, или наоборот, вдвинуть феррит в корпус катушки.

Магнитострикционный излучатель ультразвука низкой частоты позволяет наглядно наблюдать ультразвуковую кавитацию, механическое действие ультразвука на тела в жидкости и капиллярный эффект.

НОРМЫ И ПРАВИЛА ЛИЧНОЙ ГИГЕНЫ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Лукша Л.М., Конюк Л.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ивашин В.М.

Личная гигиена военнослужащих является одной из актуальных проблем нашего времени. Она включает правила гигиенического содержания тела, ухода за полостью рта, пользования обмундированием, обувью, закаливания, а также предусматривает исключение вредных для здоровья привычек.

Важным элементом личной гигиены является поддержание чистоты тела. Правила личной гигиены предусматривают: утреннее умывание с чисткой зубов и обтиранием тела до пояса прохладной водой; мытье рук перед каждым приемом пищи; умывание, чистку зубов и мытье ног перед сном, своевременное бритье лица, стрижку волос и ногтей; регулярное мытье в бане со сменой нательного и постельного белья и носков; содержание в чистоте обмундирования, обуви и постели.

Состояние кожи человека напрямую зависит от общего состояния, условий жизни и санитарно-гигиенического режима. Недостаточное или неполноценное питание, неудовлетворительные условия труда и быта могут стать предпосылками для множества дерматозов, особенно паразитарных и инфекционных.

Для того чтобы поддерживать волосы в чистоте, их моют с мылом не реже одного раза в неделю, а жирные – чаще. Стрижка волос также является необходимым условием ухода за волосами. Рекомендуется стричь волосы один раз в 3–4 недели.

Наличие больных зубов способствует заболеваниям внутренних органов. Зубы чистят два раза в сутки – утром и вечером перед сном. Чистка должна производиться в вертикальном и горизонтальном направлениях с использованием зубного порошка или зубной пасты.

Содержание ног в чистоте, правильный уход за ними – важное условие сохранения здоровья и боеспособности военнослужащего. Необходимо ежедневно мыть ноги перед сном с последующим тщательным обтиранием их полотенцем.

Гигиена половых органов военнослужащих заключается в регулярном обмывании кожи половых органов. Обмывание проводят теплой водой с мылом ежедневно, тщательно просушивая промакивающими движениями. Содержание в чистоте половых органов должно стать нормой поведения военнослужащего и взрослого мужчины в течение всей жизни.

Закаливание и физическое совершенствование способствуют повышению устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды и к военной службе. Оно должно проводиться систематически и непрерывно путем использования водных, воздушных и солнечных факторов в сочетании с занятиями физической подготовкой и спортом.

Таким образом, каждый военнослужащий должен строго соблюдать правила личной и общественной гигиены, повседневно закалывать свой организм.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ, ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Лукьянова О. И., Оскирко О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – к. м. н., доцент Ивашин В. М.

Адекватное и рациональное питание обеспечивает нормальный рост и развитие, способствует поддержанию высокой работоспособности, увеличению продолжительности жизни, устойчивости к воздействию различных неблагоприятных физических, химических и биологических факторов.

Лечебное питание можно определить как питание, в полной мере соответствующее потребностям больного организма в пищевых веществах и учитывающее как особенности протекающих в нем обменных процессов, так и состояние отдельных функциональных систем. Основная задача лечебного питания сводится к восстановлению нарушенного равновесия в организме во время болезни путем приспособления химического состава рационов к метаболическим особенностям организма за счет подбора и сочетания продуктов, выбора способа кулинарной обработки на основе сведений об особенностях обмена, состояния органов и систем больного.

При организации лечебного питания в лечебно – профилактических учрежде-

ниях режим питания больных должен строиться индивидуально в зависимости от характера заболевания и особенностей его течения, наличия аппетита, методов терапии, общего и трудового режимов.

При назначении лечебного питания могут использоваться две системы: элементная и диетная. Элементная система предусматривает разработку для каждого больного индивидуальной диеты с конкретным перечислением показателей каждого из элементов суточного пищевого рациона. Диетная система характеризуется назначением в индивидуальном порядке той или иной диеты из числа заранее разработанных и апробированных.

В лечебно-профилактических учреждениях применяется в основном диетная система. В нашей стране в настоящее время получили преимущественное распространение для повсеместного применения диеты с буквенной системой обозначения по номенклатуре.

Питание больных в медицинских лазаретах (медицинских ротах, войсковых лазаретах и медицинских пунктах воинских частей) осуществляется по норме лечебного пайка. Раздача пищи проводится по разрешению дежурного врача после ее опробования с отражением результатов в книге учета контроля за качеством приготовления пищи.

Для организации питания больных в лазаретах необходимо иметь самостоятельные столовые. Если нет такой возможности, пища готовится в солдатской столовой воинской части в отдельной посуде под контролем врача (фельдшера) и доставляется в лазарет.

Зачисление военнослужащих на диетическое питание осуществляется приказом командира воинской части на основании заключения начальника медицинской службы воинской части на срок до трех месяцев.

О ПРОБЛЕМЕ ПОВЫШЕНИЯ СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ В ВОПРОСАХ НАРКОМАНИИ

Лушко А.В., Чилимцев А.М., Ложко П.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Зиматкина Т.И.

Каждый человек не представляет своего существования без ярких, положительных, жизнерадостных моментов в жизни. Получить же положительные эмоции и достичь удовлетворения можно, занимаясь спортом, достигая творческих успехов, в том числе от результатов научной работы и сделанного открытия, наслаждаясь красотой природы и ароматом цветов. Но с каждым днем среди молодого поколения в разных странах возрастает количество любителей «вредного» удовольствия, каким можно назвать употребление наркотиков. Это является следствием социальных условий, которые возникают в последнее время. Некоторые стремятся получить допинг, создающий впечатление прилива сил, и возможности хотя бы на короткий промежуток времени уйти от проблем окружающей действительности. Наиболее опасна эта тенденция поведения среди молодежи, как самой ценной для государства и общества категории населения, в том числе студентов, т.к. именно они являются продолжателями рода, будущими трудовыми ресурсами, потенциалом науки.

Цель работы. Повышение степени осведомленности молодежи в вопросах наркомании. Задача исследования заключалась в популяризации среди студентов знаний о вредном воздействии наркотиков на организм человека.

Официально наша страна не только признала существование проблемы наркомании, но на протяжении последних десяти лет активно проводит борьбу с ней. По данным ООО «Зеркало-Инфо», установлено, что в нашем обществе есть люди, которые не признают существование такой проблемы в РБ. Наркомания – болезнь, вызванная систематическим употреблением веществ, включенных в список наркотиков, и проявляющаяся психической или физической зависимостью от них. Наркома-

ния характеризуется: тягой к наркотику, эйфорией, абстиненцией, привыканием. Негативное влияние наркотиков на организм многогранно и заключается в нарушении передачи нервных импульсов, процессов дыхания, функционирования сосудодвигательного центра, регуляции механизмов пищеварения, половых потребностей и возможностей и т.д. На протяжении последних 4-х лет динамика увеличения количества больных наркоманией в РБ составляет около 540 человек в год. На конец 2006 г. наибольшее количество потребителей психоактивных веществ в расчете на 100 тыс. населения региона состояло на учете в наркологических учреждениях Гомельской (138,2), Витебской (119,7), Брестской (117,1) областей, г. Минска (114,3) и Гродненской (111,5) области. Меньше всего потребителей ПАВ в расчете на 100 тыс. населения было зарегистрировано в Минской (72,8) и Могилевской (55,1) областях. Среди городов Беларуси по этому показателю выделялись гг. Светлогорск, Солигорск, Пинск, Лида, Гомель, Речица, Витебск и Жлобин. Среди белорусской молодежи распространены марихуана (10,5%) и насвай (5,8%), ингалянты, психостимуляторы, синтетический наркотик амфетамин.

Полагаем, что активное распространение знаний среди молодежи о вреде наркотиков и повышение степени их осведомленности в вопросах наркомании будут способствовать успешному решению данной проблемы.

ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ КАК ВРЕДНЫЙ ИЛИ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Любич В.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.б.н. доц. Зиматкина Т. И.

Здоровье человека зависит от многих факторов, но в значительной степени на него может влиять уровень безопасности продуктов питания. Правильное питание необходимо для обеспечения нормального роста и развития организма, предотвращения заболеваний, продления жизни, повышения работоспособности и хорошей адаптации к неблагоприятным условиям окружающей среды. В связи с чем оптимизация питания является важной задачей в сохранении и укреплении здоровья людей.

Численность населения планеты и потребности людей продолжают постоянно возрастать, а потенциальные возможности природы прокормить многочисленный род людской – ограничены. Решение проблемы обеспечения продовольствием мирового сообщества предопределило невероятно широкое применение в индустрии питания пищевых добавок, которые, как доказано учеными, не являются безвредными. Пищевые добавки не имеют значительной пищевой ценности и являются чужеродными веществами для организма человека. Неоправданно широкое использование пищевых добавок часто имеет негативные последствия для здоровья. В отличие от многих химически активных веществ, свойства и влияние многих пищевых добавок на происходящие метаболические процессы в организме человека изучены в недостаточной степени.

Цель исследования. Повышение уровня экологической грамотности студентов медицинского университета в вопросах оптимизации питания, в частности, влияния пищевых добавок на здоровье, а следовательно, и качество жизни современного человека. В задачи исследования входило изучение и анализ данных литературы о влиянии содержания пищевых добавок на качество продуктов питания и здоровье человека.

Данные литературы свидетельствуют о том, что пищевые добавки – это необходимые компоненты пищевых продуктов, без которых не может успешно осуществляться Национальная продовольственная программа. Эти вещества активно применяются для придания продуктам питания желаемой консистенции, красивого цвета, приятного запаха и вкуса, а также значительно продлевают сроки хранения продукции. Многие из них обладают полезными для организма свойствами: витамины E300

(витамин С) или Е101 (В2), каротины (Е160а), органические кислоты (Е330 – лимонная кислота, Е334 – винная кислота, Е363- янтарная кислота). Такой комплекс веществ можно встретить в любом фрукте [1]. Однако многие добавки не такие безвредные, как нам хотелось бы. Например, Е621 (глутамат натрия), он известен как усилитель вкуса и аромата и присутствует практически во всех полуфабрикатах. И хотя данное вещество является производным основной аминокислоты, оно далеко не безопасно. Недавно появились результаты исследований, согласно которым глутамат натрия, обладает нейротоксическими свойствами и может вызвать ухудшение зрения, рассеянный склероз и другие заболевания [2]. Примеров негативного влияния пищевых добавок на здоровье можно привести немало.

Выводы. Необходимо проводить активную просветительскую работу среди учащейся молодежи о необходимости оптимизации питания, в частности, грамотного выбора продуктов, так как лишь немногим удастся закончить учебные заведения с хорошим уровнем здоровья. Студенты медицинских вузов, как будущие врачи, должны уметь применять свои знания не только для себя, но и для всех категорий населения.

Литература:

1. Булдаков, А.С. Пищевые добавки / А.С. Булдаков – М.: – 1996. С. 47–73.
2. Ефремов, М.И. Осторожно! Вредные продукты: Не все вкусное полезно / М.И. Ефремов – СПб.: – 2003. – С. 61–90.

О ПРОБЛЕМЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАДОНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Лясота Ю.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научные руководители – к.б.н., доц. Зиматкина Т.И., ассист. Салыхов Р.Ш.

Проблема вредного воздействия различных радионуклидов на организм человека не утратила своей актуальности и является достаточно острой в наше время. Особого внимания среди природных радионуклидов заслуживает радон, действие которого неоднозначно и под воздействием которого формируется значительная эффективная эквивалентная доза облучения (1,3 мЗв/год).

Цель работы заключалась в изучении и анализе данных литературы об отрицательном и положительном действии радона на здоровье человека.

Этот природный радиоактивный газ, который обнаруживается, главным образом, в каменных породах и почве, является второй по значимости причиной развития рака легких во многих странах. Он вызывает от 3% до 14% всех случаев рака легких в зависимости от его уровня концентрации в воздухе, причем с наибольшей вероятностью вызывает это заболевание у курильщиков. Соотношение доза-ответ является линейным, то есть риск развития рака легких повышается прямо пропорционально возрастанию воздействия радона. При вдыхании радона в легких процесс распада продолжается. Это приводит к маленьким вспышкам освобождаемой энергии уже внутри лёгочной ткани, она может разрушаться, способствуя появлению онкологических заболеваний [1].

Под воздействие радона можно попасть в зданиях, куда он проникает через трещины в бетоне, щели в полах, сточные и дренажные трубы и т.д. Концентрация радона в воздухе внутри помещений должна быть равна 100-200 Бк/м³ и если она будет выше этого контрольного уровня, то необходимо принимать меры по ее снижению. Для снижения концентрации радона нужно улучшить проветривание помещений, усилить вентиляцию в подвальных помещениях, а также провести герметизацию полов и стен. Значительные дозовые нагрузки возможны и у шахтеров, занятых на работе в урановых рудниках, где количество радона достигает 100-500 кБк/м³.

Радон также способен оказывать и положительное действие на здоровье человека. В нашей стране имеются санатории, которые основаны на использовании ми-

неральных вод или воздуха, обогащенных радоном и продуктами его распада. Радоновые процедуры назначаются врачами при некоторых заболеваниях периферической нервной, сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, а также при нарушении обмена веществ, эндокринных, стоматологических и гинекологических заболеваниях. В санаториях радон применяют в виде общих или местных радоновых ванн, микроклизм из радоновой воды, иногда радоновую воду применяют внутрь или путем вдыхания воздуха, содержащего радон [2].

Выводы. Таким образом, радон может оказывать как местное действие, где он непосредственно соприкасается с телом, так и общее действие после всасывания его в жидкие среды организма. Наряду с природными радоновыми водами, имеющими многокомпонентный состав, все большей популярностью пользуется применение искусственных радоновых вод, поэтому в некоторых странах наряду с радоновыми курортами в больницах и санаториях функционируют радоновые лаборатории.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что радон способен оказывать существенное влияние на здоровье человека: с одной стороны, он может вызывать тяжелейшие раковые заболевания за счет значительной дозы облучения, с другой стороны – оказывать противовоспалительное и обезболивающее действие.

Литература:

1. Гусаров, И.И. Радонотерапия, / И.И. Гусаров – М.: Медицина, 2000. – 200 с.
2. Стожаров, А.Н. Радиационная медицина, / А.Н. Стожаров – М.: ИВЦ Минфина, 2010. – 208 с.

ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМ НА СОСТОЯНИЕ СЕРТОНИНЭРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА ЖИВОТНЫХ

Лях И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

ЦНИЛ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Шейбак В.М.

Естественные концентрации тяжелых металлов в природе, как правило, невелики. Значительное же повышение их содержания в почве связано главным образом с хозяйственной деятельностью человека, и, в первую очередь, с выбросами предприятий горнодобывающей и металлургической промышленности, а также машиностроения (Merrington G et al., 1994). Среди многочисленных нейротоксических эффектов свинца особое место занимает его влияние на метаболизм серотонина (Curo MA, Donaldson WE., 1988).

Цель работы – изучить воздействие разового введения свинца крысам на нейрохимические показатели нейронов в разных отделах головного мозга. Для чего были исследованы уровни индоламинов в головном мозге животных на первые, третьи и десятые сутки после однократного введения свинца.

Материалы и методы. В эксперименте использовано 30 самок белых крыс, массой 180-220 г, содержащихся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. Опытным группам животных однократно внутрижелудочно вводили свинец в дозах 150 мг/кг массы. Контрольная группа животных получала эквивалентные количества физиологического раствора. Животные были разделены на три группы. Животных первой группы декапитировали через одни сутки, второй группы – через двое и третьей группы – через 10 суток после введения свинца. Головной мозг извлекали на холоду и отбирали кору больших полушарий, гипоталамус, стриатум и средний мозг для определения уровней индоламинов методом ВЭЖХ, кроме того определяли такие нейроактивные аминокислоты как аспартат, глутамат, глицин, таурин, ГАМК, и рассчитывали индекс соотношения возбуждающих аминокислот к тормозным (ВАК/ТАК).

Результаты. После однократного введения свинца в среднем мозге крыс через одни сутки увеличивался как уровень серотонина так и уровень его основного предшественника – 5-гидроксицитриптофана, хотя на третьи и десятые сутки их

уровни не выходили за рамки контрольных значений. На десятые после введения свинца на фоне нормализации уровня серотонина наблюдалось заметное снижение уровня его метаболита индолуксусной кислоты в результате которого индекс серотонин/индолацетат заметно вырос, что говорит об ослаблении оборота серотонина в этом отделе мозга.

В гипоталамусе, как и в среднем мозге, на первые сутки после введения свинца уровень серотонина возрастал с последующей нормализацией на третьи сутки. На десятые сутки после интоксикации концентрация серотонина в гипоталамусе снова возрастала, что послужило причиной роста индекса серотонин/индолацетат, рост которого, как и в среднем мозге, может говорить об угнетении серотонинэргической системы. Кроме того на десятые сутки в гипоталамусе наблюдалось повышение уровня аспартата, на этом же сроке, в стриатуме, наблюдалась противоположная картина: концентрация аспартата снижалась. Кроме того, в стриатуме снижался индекс ВАК/ТАК, что говорит о преобладании процессов торможения в этой структуре мозга.

Выводы. Таким образом, со стороны серотонинэргической системы, наиболее чувствительными структурами мозга к воздействию свинца оказались гипоталамус и стриатум. В них, несмотря на нормализацию на третьи сутки, изменившихся через сутки показателей, изменения возвращались на более поздних сроках. В целом, воздействие свинцом приводило к угнетению серотонинэргической системы и усилению процессов торможения в головном мозге.

ВЛИЯНИЕ ОДНОКРАТНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ СВИНЦА В ОРГАНИЗМ ЖИВОТНЫХ НА ОБМЕН КАТЕХОЛАМИНОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ

Лях И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

ЦНИЛ

Научный руководитель – д.м.н., проф. Шейбак В.М.

Актуальность. Среди многочисленных исследований по изучению токсического влияния свинца значительная часть работ посвящена его воздействию на нервную систему млекопитающих. Известно, что свинцовая интоксикация провоцирует изменения основных нейромедиаторных систем в мозге (Leret ML et al., 2002), в том числе и изменения уровней моноаминов (Antonio MT et al., 2000).

Цель работы – изучить последствия однократного введения свинца на обмен катехоламинов в разных отделах головного мозга крыс на 1, 3 и 10-е сутки после однократного введения ацетата свинца.

Материалы и методы. В эксперименте использовано 30 белых крыс-самок, массой 180-220г, содержащихся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. Опытным группам животных однократно внутрижелудочно вводили ацетат свинца в дозе 150 мг/кг массы. Контрольная группа животных получала эквивалентные количества физиологического раствора. После декапитации на холоду извлекали головной мозг и отделяли кору больших полушарий, гипоталамус, стриатум и средний мозг для определения уровней катехоламинов методом ВЭЖХ.

Результаты. Наиболее существенные изменения регистрировали через сутки после введения свинца в стриатуме: увеличение концентрации диоксифенилаланина (DOPA) и уменьшение уровней диоксифенилуксусной кислоты (DOPAC) и гомованилиновой кислоты (HVA), следствием чего стало увеличение метаболических индексов (DA/DOPAC, DA/HVA), что свидетельствует об угнетении дофаминэргической системы. Через трое суток наблюдали нормализацию всех параметров кроме уровня диоксифенилаланина (DOPA). На десятые сутки вновь наблюдалось угнетение оборота дофамина по индексу DA/HVA, который возрастал благодаря снижению концентрации HVA.

В коре больших полушарий, в отличие от стриатума, через сутки после введения свинца изменений уровней катехоламинов не наблюдалось. На 3-и сутки наблю-

далось существенное (в 3,5 раза) падение уровня DA. На 10-е сутки уровень DA нормализовался, но в 2 раза возрастал уровень его предшественника DOPA..

В среднем мозге через сутки после введения свинца наблюдалось повышение уровня норадреналина (NE). Через трое суток уровень NE нормализовался, возрос уровень DOPAC и, как следствие, снизился показатель DA/DOPAC. На 10-е сутки уровень DOPAC нормализовался, хотя значения MHPG и DA/DOPAC оставались сниженными, кроме того на 10 сутки наблюдалось падение уровня тирозина.

В гипоталамусе после однократного введения свинца на протяжении всего срока наблюдения отмечается выраженная тенденция к снижению концентрации DOPAC (до 58% по сравнению с контрольными значениями).

Выводы. Таким образом, для каждой из изучаемых структур головного мозга характерна не только свое время ответа на поступление свинца в организм, но и специфическая реакция.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМ В СПОРТЕ

Мазур А.И.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии*

Научный руководитель – д.м.н., проф. Пирогова Л.А.

В современном обществе спорт, а в особенности спорт высших достижений, занимает значительное место. Высокие цели и задачи, достижение серьёзных результатов требует от атлетов мобилизации всех доступных резервов в кратчайшие сроки. Нередко испытываемые нагрузки выходят за пределы физических возможностей организма спортсменов. В таких ситуациях и возникают спортивные травмы.

До недавнего времени процесс восстановления, особенно тяжёлых повреждений опорно-двигательного аппарата, мог занимать довольно значительное время, что отрицательно сказывалось не только на физическом, но и на психологическом статусе спортсмена. Так как длительное выбывание из соревновательного и тренировочного периода не только снижало уровень общей и специальной тренированности, но и имело негативную психоэмоциональную окраску, вплоть до депрессивных и тревожных расстройств, а также неуверенности в своих силах в будущем.

Однако медицина не стоит на месте. Внедрение в практику травматологии и ортопедии новых высокотехнологичных методов оперативного лечения травм с использованием малоинвазивных артроскопических операций привело к значительному сокращению госпитального и иммобилизационного периода для целого ряда травм. Это, в свою очередь, диктует для восстановительной медицины необходимость поиска современных эффективных методов реабилитации спортсмена в максимально короткие сроки, что и является целью нашего настоящего исследования.

Для выполнения поставленных задач, первым этапом был проведён ретроспективный анализ травматизма среди спортсменов гродненской области по данным ГУ «Гродненский диспансер спортивной медицины». Исследовались структура спортивных повреждений, возникающих в процессе учебно-тренировочных занятий и соревнований, их распределение в зависимости от возраста, квалификации спортсмена и вида спорта за десятилетний период с 2000 по 2009 гг.

На основании полученных результатов спортсмены были распределены на группы по основной преобладающей патологии. Для каждой из групп были составлены программы реабилитации, включающие, помимо общепринятых методов амбулаторного этапа (медикаментозное лечение, физиотерапия, лечебная физкультура и массаж) дополнительно новые и современные. Контрольной группой являлись спортсмены, проходящие лечение в ГУ «ОДСМ» г. Гродно по стандартным методикам.

В зависимости от степени тяжести, локализации и вида травмы реабилитационные программы дополнялись такими процедурами, как: локальная криотерапия – воздействие на организм охлаждённым воздухом до -30 – -40°C , в сочетании с крио-

пунктурой паравертебральных зон № 7-10; магнитотерапия современным аппаратом «ОРТОСПОК» № 7-10; миллиметровая резонансная терапия аппаратом АМТ 04-02 № 8-10; мануальная терапия – коррекция миофасциальных и костных патологических изменений посредством массажных приёмов разминания, методик миофасциального расслабления, постизометрической и постреципрокной релаксации мышц, методик мобилизации заблокированных позвоночно-двигательных сегментов № 5-10; аппаратная механотерапия – применение аппаратов с обратной связью и тренажеров для восстановления функции травмированных суставов; кроме того, в опытной группе исследовался психоэмоциональный статус спортсменов и его изменения в процессе реабилитации, и проводилась психологическая коррекция; исследовалось также изменение уровня биогенных аминов в сыворотке крови.

Таким образом, применение современных методов медицинской реабилитации спортивной травмы оказывает более эффективное действие на восстановление функционального состояния спортсменов.

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАНИЕ

Майсюк А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – проф. Л. И. Лукьянова

Рассматривая соотношение философии и науки в целом, целесообразно привести слова британского философа XX в. Бертрانا Рассела: «Философия ... является чем-то промежуточным между теологией и наукой ... Все точное знание ... принадлежит науке; все догмы ... принадлежат теологии. Но между теологией и наукой имеется Ничейная Земля, подвергающаяся атакам со всех сторон; эта Ничья Земля и есть философия»[1, с.12]. Философия как родоначальница всех наук оказала влияние и на развитие медицины в самые ранние периоды истории человечества. Философия и медицина одинаково древние по своему происхождению феномены культуры; их тесная связь проявляется в близости предметов исследования, сходстве целей и задач, единстве методологии, ценностных ориентаций. Несмотря на разные направления деятельности и разные пути поиска истины, обе они решают одну и ту же проблему – проблему выживания человечества на Земле, проблему самоопределения человека как природного и культурного существа.

Основные проблемы, которые встали сегодня во главу угла философии медицины – здоровье личности и здоровье нации, здоровый образ жизни, влияние общества и природной среды на патологические изменения в человеческом организме, проблемы человеческой духовности как основы психического и физического здоровья человека, социальные причины «болезней века», этика взаимоотношений врача и пациента, эстетические основы современной медицины. Из глубины веков до нас дошёл девиз: Врач, знающий только медицину – плохой медик. Ему надо быть мудрым, много знать и уметь справедливо обо всём судить. Именно философия вводила медиков в святилище общечеловеческой мудрости. А под мудростью врачи ещё с глубокой древности понимали не только умение прогнозировать и предопределять заболевания людей, но и обладать благородным качеством – абсолютно бескорыстно помогать всем людям, человечеству в целом. Жизнь медика – это постоянное его стремление к овладению мудростью, постижению природы человека и обогащению своего искусства исцеления больного, заранее предвидя возможные результаты лечения.

О медицине можно сказать, что он фактически «обречён» быть философом, ибо постоянно должен интеллектуально возвыситься над обстоятельствами, и, прежде всего, над своей профессиональной специализацией. Не случайно знаменитый римский врач начала первого тысячелетия Гален не уставал повторять своим коллегам: “чтобы стать лучшим медиком, надо быть истинным философом”. Врач – это не столько целитель человека. Это – и духовный наставник, и компетентный советник.

Только вместе (врач и больной) могут справиться с недугом. Вот почему воистину философское значение имеет вывод о той исключительной роли личности врача, которую она играет в создании заинтересованного взаимоотношения сторон. Здесь обозначены лишь некоторые моменты взаимосвязи философии и медицины. Разумеется, их гораздо больше, особенно в век внедрения новых технологий медицины. И решать их медикам помогает философия. Философия, конечно, не поставит за врача диагноз, не определит методы лечения, не сформулирует в каждом конкретном случае прогноз течения болезни. Однако философское знание подскажет врачу правильный выход из затруднительной ситуации. Таким образом, философия и медицина на протяжении многих веков своего развития взаимно обогащают друг друга, взаимно пересекаются. Как самостоятельная отрасль знания философия медицины особенно актуальной и востребованной становится в XX веке, анализируя и перерабатывая лучшие идеи своих «прародителей» – великих философов и медиков древности.

Литература:

1. Рассел, Б. Человеческое познание. Его сфера и границы / Б. Рассел. – Киев. – 1997.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Макаревич Д.Г., Подгайский С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богданович И.П.

Диафизарные переломы костей голени составляют 10-30% от всех переломов костей и 40-60% от переломов костей голени.

Множество вариантов методов лечения пациентов с диафизарными переломами костей голени свидетельствует о том, что их результаты не вполне устраивают травматологов-ортопедов. Остается высокой частота осложнений – 10-22,2% – при лечении сложных диафизарных переломов костей голени.

Цель работы. Целью нашей работы является оценка результатов лечения пациентов с диафизарными переломами костей голени.

Материал и методы. Работа основана на анализе историй болезни пациентов, проходивших лечение в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за период с 2007 по 2009 г. Всего за этот период проанализировано 368 историй болезни, среди них лиц мужского пола – 270, женщин – 98. При распределении по возрасту наибольшее количество травм приходится на трудоспособный возраст – 42 года. Различные виды повреждений встречались со следующей частотой: перелом верхней трети голени – 25 случаев (6,4%), перелом средней трети голени – 198 (51,2%), перелом нижней трети голени – 138 (35,7%), множественные диафизарные переломы голени – 24 (6,5%), открытые переломы голени – 73 (19,68%), закрытые переломы голени – 308 (80,32%). Наряду с консервативным (12,9%): гипсовая повязка, скелетное вытяжение – 16 (3,9%), выполнялось и оперативное (81,7%) лечение: МОС винтами – 5 (1,2%), пластинами – 3 (0,7%), стержнями с блокировкой – 9 (2,2%) случаев, ВКДО аппаратом Илизарова – 265 (64,9%), скелетное вытяжение с последующим ВКДО аппаратом Илизарова – 57 (13,9%).

Результаты лечения. Клинические наблюдения показали, что ВКДО аппаратом Илизарова – наиболее популярный способ остеосинтеза. Однако имеющиеся осложнения: ВКДО аппаратом Илизарова – воспаление мягких тканей в области спиц (65–84%), посттравматический остеомиелит (3–3,9%), вторичное смещение отломков (4–5,2%), позволяют рекомендовать этот способ в основном при открытых переломах. Погружной остеосинтез в виде применения пластин и винтов часто осложняется развитием металлоза (2 – 2,6%), ложного сустава (1 – 1,4%), хронического посттравматического остеомиелита (1–1,4%). Внедрение в клиническую практику ин-

трамедуллярного остеосинтеза с блокировкой позволяет избежать многих осложнений в связи с малонвазивной технологией его применения, сократив при этом сроки временной нетрудоспособности.

Выводы:

1. Оптимальным методом лечения диафизарных переломов костей голени является интрамедуллярный остеосинтез с блокировкой.

2. На основании проведенных нами исследований было установлено, что наиболее эффективным методом лечения открытых диафизарных переломов костей голени является ВКДО аппаратом Илизарова.

3. В случае тяжелого общего состояния – методом выбора является скелетное вытяжение.

Литература:

1. Травматология и ортопедия / Руководство для врачей. В 3 томах. Т. 2/ Под ред. Ю. Г. Шапошникова. – М.: Медицина, 1997. – 592 с.

2. Анкин Л. Н., Анкин Н. Л. Практическая травматология. – М.: Книга-плюс, 2002. – 480 с.

ЭТИКА «БЛАГОГОВЕНИЯ ПЕРЕД ЖИЗНЬЮ» АЛЬБЕРТА ШВЕЙЦЕРА

Макаревич Ю.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – проф. Л.И. Лукьянова

Имя Альберта Швейцера, «доктора из Ламбарене», лауреата Нобелевской премии, хорошо известно всему человечеству. Менее известна философско-этическая концепция Швейцера, названная им «Мировоззрение благоговения перед жизнью». Её основные идеи таковы: не познание и не практика, а переживание составляют самую существенную связь человека с миром. Первоначалом человеческого бытия является не декартовское “*Cogito, ergo sum*”, но значительно древнее чувство: «Я есть жизнь, которая хочет жить». Поэтому смысл человеческой жизни происходит не от разума, а от воли. Он заключается в благоговейном отношении ко всякой жизни: хорошо – поддерживать, возвращать жизнь, поднимать её до высшей, то есть человеческой ценности, плохо – уничтожать жизнь, вредить ей, стесняя её. Благоговение перед жизнью и оценка человека как высшей ценности составляет, по Швейцеру, основу нового гуманизма. В этой связи он пишет: «священна жизнь, как таковая; этика есть безграничная ответственность за всё, что живёт, благоговение перед жизнью наполняет всех таким беспокойством, которого мир не знает; этика благоговения перед жизнью ставит большую ставку на повышение чувства ответственности человека».

Значительную часть своей жизни Швейцер посвятил практическому претворению в жизнь своих философских принципов. Поэтому его этику нельзя рассматривать в отрыве от его врачебной деятельности.

Альберт Швейцер всю свою жизнь посвятил милосердию и служению людям. Необходимо отметить, что это было в эпоху мировых войн и революций. Нужно было обладать большим мужеством, чтобы поехать в тропическую Африку и на деле доказать миру, что, несмотря на бесчеловечность современного общества, “свет христианской любви” существует. “Человек должен бороться со злом, а не сидеть, сложив руки, ожидая божественного вмешательства” – эти слова, по сути, явились символом его жизни. Именно через практику Швейцер пришел к концепции «благоговения перед жизнью» как основополагающего принципа духовного обновления.

26 марта 1913 года, получив направление Парижской миссии и закупив все необходимое, А. Швейцер вместе с женой Еленой отплыл на пароходе, идущем в Африку, в деревню Ламбарене. Ему было очень трудно, начинал практически с нуля: не имея ни помещения, ни помощников, кроме своей жены, не зная ни местных языков, ни страны, в которой ему предстояло ещё очень долго работать, а первый боль-

ной явился к нему в тот момент, когда Швейцер не успел ещё распаковать вещи. Первые свои врачебные осмотры он проводил в бывшем курятнике, с трудом втолковывая своим неопытным пациентам, что лекарства, им вручаемые, не нужно использовать в качестве амулетов, а необходимо принимать вовнутрь. Иногда даже это втолковать не удавалось. Но он не сдавался. Вскоре появились первые помощники из местного населения, Он прожил долгую жизнь. Летом 1965 года 90-ий Доктор почувствовал, что его силы на исходе. Он успел проститься со всеми. Он не испытывал страданий и уходил из нашего мира просто, спокойно. 5 сентября 1965 года Альберта Швейцера не стало. Но осталось больница, по-прежнему, как и при нем принимающая и исцеляющая всех нуждающихся в помощи.

Оценивая деятельность А.Швейцера, исследователь его творчества В. Карпушин писал: «подобно Прометею... Швейцер нёс людям, как искру, украденную у Бога, свой факел этики благоговения перед жизнью, чтобы защитить гуманизм, обеспечить возрождение культуры, укрепить мир на земле, отстаивать равенство цветных и белых народов. Это был творец, а не только мыслитель и врач – миссионер».

Литература:

1. Швейцер, А. Культура и этика / А. Швейцер. – М., 1973. – 343 с.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВИТА ДЕМОДЕКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мардас Т.И., Павловская М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – ассистент Кринец Ж.М.

Актуальность. Демодекс – распространенное заболевание волосяных фолликулов кожи человека, вызываемое клещами *Demodex folliculorum hominis*.

В настоящее время известно около 65 (по другим данным – 143) видов и нескольких подвидов демодекса. У человека обнаруживаются только два вида клещей: *Demodex folliculorum* и *Demodex brevis* [1,2]. При температуре +30°C они проявляют максимальную активность и поэтому обострение демодекса чаще происходит весной и летом.

Цель исследования. Определить особенности клинического течения блефароконъюнктивита демодекозной этиологии.

Задачи и методы исследования. Нами наблюдалось 30 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с блефароконъюнктивитом, лабораторно подтвержденной демодекозной этиологии. Всем пациентам проводилась стандартная схема обследования, осуществлялись по показаниям консультации смежных специалистов.

Результаты. Большинство больных составляли женщины – 21 человек (70%), мужчины – 9 человек (30%). Распределение пациентов по возрасту было следующим: от 20 до 30 лет – 7%, от 31-40 лет – 14%, от 41-50 лет – 32%, от 51-60 лет – 47%.

Длительность заболевания блефароконъюнктивитом отмечена в сроки меньше месяца у 2% обследованных, до полугода – у 8%, до года – у 15%, до 2 лет – у 18%, до 5 лет – у 21%, до 10 лет страдали 36% обследованных лиц. В большинстве случаев (20 – 66,7%) больные отмечали зуд, жжение, сухость, дискомфорт в глазах, периодические или постоянные боли режущего и колющего характера в веках, слизисто-гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости, 5 пациентов (16,6%) предъявляли жалобы на наличие обломанных ресниц, один пациент (3,3%) отмечал выпадение ресниц и волос бровей, 4 пациента (13,4%) жалоб не предъявляли. Для лабораторной диагностики демодекоза исследовали 16 ресниц. *Demodex folliculorum hominis* обнаружили в значительном количестве (8 и более особей) в 64% исследований, менее 5 – в 36% случаев. У 80% пациентов поражение глаз сочеталось с поражением кожи лица клещом Демодекс.

Выводы. Демодекоз век в 80 % случаев сочетался с поражением кожи лица.

Пик заболеваемости блефароконъюнктивитом демодекозной этиологии в возрасте от 51 до 60 лет объясняется гормональной перестройкой организма и возрастным снижением метаболических процессов в тканях на фоне длительной клещевой инвазии мейбомиевых желез. Необходимо проводить комбинированное лечение блефароконъюнктивита демодекозной этиологии с выявлением и лечением соматических заболеваний и демодекозного поражения кожи лица. При демодекозных блефароконъюнктивитах отмечается нарушение слезопродукции. При этом наблюдаются биомикроскопические признаки, характерные не только для блефароконъюнктивита, но и для синдрома «сухого глаза», которые взаимно отягощают друг друга, поэтому необходимо лечение как воспалительных процессов в веках и конъюнктиве, так и синдрома «сухого глаза» с помощью слезозаместительной терапии.

Литература:

1. Акбулатова Л.Х. // Вестник дерматологии и венерологии. – 1983. – №12. – С. 57-61.
2. Азнабаев М.Т., Гумерова Е.И., Мальханов В.Б. Демодекс глаз. // Клиническая офтальмология. 2003. Т.4. №1. – С. 7-9.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ УВЕЛИЧЕННОЙ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мардас Т.И., Павловская М.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – к.м.н., доц. Сорокопыт З. В.

Вилочковая железа (тимус) является центральным органом иммунной системы и одновременно железой внутренней секреции, действие гормонов которой направлено на дифференцировку тимических лимфоцитов, поэтому ее называют связующим звеном, «коммутатором» между иммунной и эндокринной системами [1]. Синдром увеличенной вилочковой железы (СУВЖ) наиболее часто встречается в детском возрасте, когда отмечается увеличение объема и массы железы с сохранением ее нормальной гистоархитектоники [2].

Несмотря на большой объем накопленного материала и успехи медицины в области изучения вилочковой железы, многие вопросы, касающиеся наблюдения за детьми с синдромом тимомегалии, остаются нерешенными [2].

Цель исследования: изучение анамнестических, клинических и лабораторных особенностей развития детей с тимомегалией.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 86 детей в возрасте от 1 суток до 1 года, мальчиков – 49 (57%), девочек – 37 (43%). Все дети были разделены на 2 группы: первую (I гр.) составили 38 детей до 1 мес. (период новорожденности), вторую (II гр.) 48 детей от 1 мес. до 1 года. Недоношенными родились 6 детей.

Результаты. Возраст матерей составил $29,6 \pm 1,56$ лет, отцов $38,0 \pm 2,54$ лет. Статистической разницы в возрасте родителей детей обеих групп не было. Масса тела (г) при рождении колебалась от 950,0 до 4750,0 ($3127,38 \pm 73,25$), длина тела (см) от 36,0 до 58,0 ($50,94 \pm 0,43$) и также статистически не отличались в обеих группах. Основными диагнозами, по поводу которых госпитализированы дети из I гр., были: врожденная пневмония 8 – (21%), врожденная инфекция без дополнительного уточнения – 6 (16%), ВПС (ДМПП, ДМЖП) 13 (34%), респираторный дистресс-синдром по детскому типу 7 (18%). Из сопутствующей патологии наиболее часто диагностированы: энцефалопатия 18 (47%), анемия легкой степени тяжести – 13 (34%), неонатальная желтуха – 18 (47%) детей.

Дети из II группы наиболее часто были госпитализированы в связи с пневмонией 11 (23%), острым обструктивным бронхитом – 13 (27%), острым простым бронхитом – 5 (10%), ОРИ – 4 (8%). Сопутствующая патология у них была представлена острым ринофарингитом – 31 (65%), анемией легкой степени тяжести – 23 (48%), симптоматической нейтропенией – 14 (29%), ВПС – 7 (15%), дисбактериозом – 11 (23%), энцефалопатией – 5 (10%).

При сравнении лабораторных показателей оказалось, что у детей II группы были достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в I гр., эритроциты ($4,12 \pm 0,07$ и $4,68 \pm 0,09$), гемоглобин ($118,68 \pm 1,59$ и $164,16 \pm 4,34$), лейкоциты ($10,44 \pm 0,52$ и $14,82 \pm 0,76$), сегментоядерные нейтрофилы ($24,32 \pm 2,38$ и $46,0 \pm 2,99$) и выше ($p < 0,001$) лимфоциты ($62,38 \pm 2,34$ и $40,34 \pm 3,01$) и СОЭ ($10,83 \pm 1,09$ и $3,63 \pm 0,99$).

Выводы:

1. Дети с тимомегалией уже в грудном возрасте склонны к заболеваниям респираторного тракта, анемиям, нейтропениям.

2. Они нуждаются в более пристальном наблюдении не только педиатров, но и иммунологов, пульмонологов, гематологов.

Литература:

1. Ерофеева Л.М. Морфология тимуса человека в детские возрастные периоды // Успехи современного естествознания. – 2003. – №8. – С. 93.

2. Шабалов Н.П. Диатезы и аномалии конституции как педиатрическая проблема // Педиатрия. – 2005. – №5. – С. 72-76.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ЯГДК)

Мармыш В.Г., Басай Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Мармыш Г.Г.

Актуальность. Тяжесть проявлений, существенные трудности, возникающие при решении диагностических, тактических и лечебных вопросов являются основными причинами неудовлетворительных результатов оказания помощи пациентам с ЯГДК. (1,2).

Цель исследования. Установить степень эффективности эндоскопических методов гемостаза при различных видах ЯГДК.

Материал и методы. Данная работа основана на анализе результатов лечения 121 больного. Все поступили в клинику с ЯГДК в 2010 году. Мужчин было 80 (66,1%), женщин – 41 (33,9%). Возраст больных варьировал от 17 до 86 лет, из них 70 лет и старше составили 25,1%. Показанием для проведения экстренной фиброгастроудоденоскопии (ФГДС) являлось наличие клиники желудочно-кишечного кровотечения.

Результаты. У 70 (57,9%) больных кровоточащая язва локализовалась в 12-перстной кишке (12ПК), а у 51 (42,1%) – в желудке. На момент выполнения экстренной ФГДС продолжающееся кровотечение выявлено у 85 (70,2%) пациентов: струйное артериальное кровотечение (Forest IA) – в 38 (44,7%) случаях, капиллярное (Forest IB) – у 47 (55,3%) больных. В группе с продолжающимся кровотечением использовались следующие методы эндогемостаза: клипирование кровоточащих сосудов (12 чел.); паравазальные инъекции 1–3% раствора этоксисклерола (14 чел.); глюкозо-адреналиновая смесь (44 чел.); комбинированный метод применен у 28 (32,9%) больных.

Эффективный эндоскопический гемостаз достигнут у 114 (94,2%) больных. Рецидив кровотечения возник у 7 (5,8%) пациентов, у которых гемостаз осуществлен инъекцией глюкозо-адреналиновой смеси, спирта, при этом у 3 больных с тяжелой сопутствующей патологией осуществлен повторный эндогемостаз комбинированным методом, 4 пациента оперированы по экстренным показаниям. Умер один больной.

Состоявшееся кровотечение на момент осмотра было отмечено у 36 (28,8%) пациентов. При осмотре в дне язвенного дефекта выявлялись: тромбированные сосуды (Forest IIa) у 22 (61%) больных, тромб-сгусток (Forest IIb) – у 13 (36,2%) больных, точечные тромбы (Forest IIc) – у 1 (2,8%). Профилактика рецидива кровотечения в этой группе больных осуществлялась инъекционными методами (этоксискле-

рол, спирт, глюкозо-адреналиновая смесь) в сочетании с орошением язвы раствором аминокaproновой кислоты. Эндоскопические признаки нестабильного гемостаза были выявлены у 7 (5,8%) пациентов. У этой категории больных проводили динамическую ФГДС через 6,12,24,48,72 часа и повторно осуществляли эндогемостаз инъекционным методом. Применение современных эндоскопических методов остановки кровотечений в сочетании с комплексной консервативной терапией позволило снизить общую летальность при ЯГДК в 2010 г. до 0,83%.

Выводы. Внедрение новых методик – эндоскопического гемостаза в виде клипирования кровоточащих сосудов, паравазальных инъекций этоксисклерола – позволило достигнуть стабильного гемостаза при продолжающемся кровотечении у 114 (94,2%) пациентов.

Литература:

1. Гостищев В.К. Проблема выбора метода лечения при острых гастродуоденальных язвенных кровотечениях. /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия.- №7.- с.7–11.

2. Лебедев Н.В. Тактика лечения больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Н. В. Лебедев, Д. Е. Климов, Т.В. Бархударова // Вестник хирургии.- №7. – с. 76–79.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТИКОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Мармыш В.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ложко П.М.

Панкреатогастродуоденальная резекция является операцией с высоким риском возникновения несостоятельности панкреатодигестивного соустья, встречающейся в 10–29% случаев. Анализ литературных данных показывает, что надежность панкреатикоэнтероанастомоза зависит, в частности, от наличия контакта культи поджелудочной железы в области ее среза с кишечным содержимым и характеристик шовного материала.

Цель исследования. Определение надежности панкреатодигестивного соустья, выполненного с использованием различных шовных материалов.

Материал и методы. Исследование выполнено на 24 кроликах. На предмет степени выраженности воспалительной реакции в зоне лигатурного канала были проверены следующие шовные нити: шелк, пролен, дексон, максон. После лапаротомии под тиопенталовым наркозом всем экспериментальным животным накладывался прецизионный терминологический панкреатикоэнтероанастомоз (вшивание главного панкреатического протока в просвет тонкой кишки) с использованием вышеперечисленных нитей. Выведение животных из эксперимента и забор материала для морфологического исследования осуществлялся через 3, 7, 90 суток.

Результаты. При гистологическом изучении панкреатикоэнтероанастомозов через 3-е суток после операции в краях соустья наблюдались интерстициальный отек, воспаление и пропитывание фибрином, врастание отдельных фибробластов из соединительной ткани междолькового интерстиция. В соединительной ткани области среза поджелудочной железы имелись геморагии. На 7-е сутки гистологически со стороны кишки прослеживалась полная эпителизация соустья. Зона контакта серозного покрова кишки и поджелудочной железы была представлена узкой прослойкой рыхлой соединительной ткани. Острые воспалительные изменения в ткани железы отсутствовали. Отсутствие дилатации просвета протоков поджелудочной железы и застойного содержимого в просвете протоков указывает на восстановление дренажной функции соустья. Таким образом, к 7-м суткам после операции наступает прочная консолидация анастомозируемых органов.

Через 90 суток после операции макроскопически панкреатикоэнтероанасто-

мозы представляли хорошо сформированные соустья, рубцовые деформации и явления острого или хронического воспаления отсутствовали. Дистальная часть поджелудочной железы, включенная в анастомоз, в эти сроки наблюдения сохраняла макроскопически нормальное строение. При наружном осмотре панкреатикоэнтероанастомозов через 90 суток обращало на себя внимание отсутствие воспалительных гранул вокруг проленовых нитей, нить максон на этот срок макроскопически в зоне анастомоза не определялась. Гистологически выявлялось отсутствие признаков внутривисцеральной гипертензии, отмечены незначительные склеротические и атрофические изменения только в субкапсулярных отделах.

Заключение. Таким образом, по результатам исследования во все сроки наблюдения установлено, что наименьшее воспаление в зоне лигатурных каналов в поджелудочной железе вызывают нити пролен и максон. Применение для наложения панкреатодигестивного анастомоза этих биологически инертных шовных нитей в сочетании с использованием прецизионной техники формирования соустья обеспечивает необходимый уровень интраоперационных профилактических мер несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОПРЕДЕЛЯЕМЫХ ПРИ БАКТЕРИЕМИИ МИКРООРГАНИЗМОВ И АНАЛИЗ ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ К РАЗЛИЧНЫМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Мартынюк С.А., Тайрова Е.Ш.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – ассист. Дагаева А.А.

В современный период отмечается рост количества штаммов микроорганизмов, устойчивых к существующим антибактериальным препаратам (АБП). Следовательно, анализ чувствительности и резистентности возбудителя заболевания необходим для рационального выбора антибиотика в различных клинических ситуациях. Резистентность микроорганизмов бывает естественной и приобретенной. Актуальной проблемой является приобретенная резистентность, характеризующаяся способностью отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при концентрациях антибиотиков, подавляющих основную часть микробной популяции. Появление и распространение приобретенной резистентности составляет основную клиническую проблему, поскольку ее наличие у конкретной бактерии-возбудителя инфекционной болезни трудно прогнозировать.

Целью работы явилось выявление наиболее часто определяемых при бактериемии микроорганизмов и определение их чувствительности и резистентности к различным АБП.

Работа была проведена на базе УЗ «ГОДКБ» и КДЛ УЗ «ГОКБ» на бактериологическом анализаторе ВАСТЕС. Нами проанализирована 91 история болезни детей 2006 – 2009 года рождения с подозрением на бактериемию, проходивших лечение в соматических отделениях стационара. Возрастные группы были представлены детьми от 0 до 7 дня жизни – 22,0%, 8 – 28 дней жизни 40,7%, 29 – 180 дней 30,8% и более 180 дней жизни 6,5%. Из них девочек было 28 (30,8%), мальчиков – 63 (69,2%). С наибольшей частотой в диагнозе фигурировали такие заболевания, как – пневмония 56,1%, менингит 16,5%, остеомиелит 5,5%, из них у 18,7% имелись врожденные пороки развития, а у 67,0% установлена врожденная инфекция.

Наиболее часто высеваемыми из крови микроорганизмами явились *Staphylococcus epidermidis* у 17,6% обследованных, *Staphylococcus haemolyticus* у 14,3% и *Bacillus cereus* у 13,2 %. Все названные микроорганизмы были чувствительны к тетрациклину (в 71% – 100%), причем чувствительность повышалась при более высоких цифрах АСТ ($p=0,009$), рифампицину (в 84% -100%) с увеличением его эффективности при лимфоцитозе ($p=0,08$), а также к линезалиду и гликопептидам (в 100% случаев). Тогда как к пенициллинам, цефалоспорином, аминогликозидам,

фторхинолонам, карбопенемам, сульфаниламидам, макролидам выделенные микроорганизмы оказались резистентны (от 80% до 100% случаев).

Таким образом, нами определены наиболее вероятные микроорганизмы, способные вызывать бактериемию и спектр их чувствительности. На основании полученных данных можно сделать вывод о наибольшей эффективности тетрациклина, рифампицина, линезалида и группы гликопептидов при эмпирическом назначении антимикробной терапии при подозрении на бактериемию.

Литература:

1. Орехов, К.В. Внутритрунные инфекции и патология новорожденных / К.В. Орехов. – Москва, 2002. – 156 с.

2. Цинзерлинг, В.А. Перинатальные инфекции (вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений): практ. руководство / В.А. Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова. – Санкт-Петербург, 2002. – 195 с.

ВЛИЯНИЕ ЛАКТАТА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Маслова В.Т.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – асс. Гурина Л.Н.

Гипоксия – это патологическое состояние, которое возникает в результате недостаточного поступления в организм кислорода. Лактат определяет тяжесть гипоксии. Молочная кислота (лактат) – это конечный продукт анаэробного обмена глюкозы, которая образуется при недостаточном содержании кислорода [1]. При полноценном снабжении кислорода тканями лактат разрушается до нейтральных продуктов и выводится из организма. В условиях гипоксии лактат накапливается и нарушает процесс тканевого дыхания, вызывая патологические изменения в органах и системах.

Целью нашей работы являлось изучение влияния уровня лактата капиллярной крови в неонатальном периоде на дальнейшее физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни.

Проведен анализ 33 медицинских карт стационарного больного, 33 амбулаторных карт развития ребенка, родившихся в 2007–2008 годах и проживающих в городе Гродно. Исследованы основные параметры нервно-психического и физического развития младенцев на первом году жизни. В зависимости от уровня лактата в капиллярной крови (7-10 сутки жизни) дети были разделены на 3 группы: 1-ю группу ($n=20$) составили новорожденные с уровнем лактата до 2,2 ммоль/л, во 2-ю группу включили детей ($n=10$) с содержанием лактата от 2,3 до 8,0 ммоль/л и 3-ю группу сформировали из младенцев ($n=3$), уровень лактата у которых был выше 8,0 ммоль/л. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0. Сравнение качественных признаков в двух группах проводилось при помощи точного критерия Фишера (двусторонний тест).

Гестационный возраст детей трех групп колебался от 37 до 39 недель. Все дети родились с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 8 баллов, на 5-й минуте 8 баллов, 2 младенца (1 из 1-й и 1 из 2-й группы) на 5-й минуте жизни нуждались в респираторной поддержке. При рождении средние показатели физического развития у пациентов 1-й группы составили: масса тела 2740 ± 990 г, длина тела $48,0 \pm 7,0$ см; во 2-й – масса тела – 3700 ± 740 г, длина тела $51,0 \pm 4,0$ см, в 3-й масса тела была 4100 ± 540 г, длина тела $56,0 \pm 3,0$ см, без достоверной разницы по группам ($p > 0,05$). Темпы нарастания массы тела у детей исследуемых групп были практически одинаковыми и к году достигли в 1-й группе – 9690 ± 570 г, во 2-й – 10500 ± 430 г, в 3-й – 9150 ± 490 г ($p > 0,05$). Длина тела детей 1-й группы к году достигла $74,0 \pm 2,0$ см, во 2-й – $76,0 \pm 1,8$ см, в 3-й – $78,0 \pm 1,3$ см ($p > 0,05$). На первом году жизни у 13 детей из 1-й группы, 4-х из 2-й и всех детей из 3-й отмечались нарушения центральной нервной

системы, которые проявлялись задержкой нервно-психического развития, синдром двигательных нарушений ($p > 0,05$). К одному году жизни нервно-психическое развитие у 19 пациентов из 1-й группы, всех из 2-й, двух из 3-й соответствовало возрасту. Следует отметить, что у одного младенца из 3-й группы сохранялись клинические признаки поражения центральной нервной системы ($p_{1-3} = 0,03$, $p_{2-3} = 0,04$).

Таким образом, дети с содержанием лактата в капиллярной крови более 8 ммоль/л (7-10 день жизни) в 100% случаев на первом году жизни имели задержку психомоторного развития, синдром двигательных нарушений; высокий уровень лактата в период новорожденности оказывает отрицательное действие на нервно-психическое развитие детей первого года жизни, они достоверно чаще по сравнению с пациентами, уровень лактата которых был менее 8 ммоль/л, страдают неврологическими расстройствами.

Литература:

1. Бышевский, А.Ш. Биохимические сдвиги в диагностике патологических состояний / А.Ш. Бышевский, С.Л. Галян. – Новосибирск: Новосибирский университет, 1993. – 138 с.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАРАМЕТРОВ ФЕТОМЕТРИИ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Маташенко О.О., Степанян И.А.

Российский государственный университет им. И. Канта, Россия

Кафедра фундаментальной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. Изранов В.А.

Ультразвуковая фетометрия получила широкое распространение с конца 70 годов 20 века. Одним из основоположников этого метода был Frank P. Hadlock. По данным Hadlock et al. (1981-1992гг.) каждый параметр фетометрии является надежным в определенном сроке беременности, в другие же сроки точность значения параметра уменьшается из-за большей вариабельности. Для более точного определения срока беременности по параметрам фетометрии ученые (Hadlock et al.) предложили использовать не отдельные параметры, а их комбинации, но только в том случае, если все полученные данные входят в "диапазон нормы". Однако, "диапазон нормы" не является абсолютным стандартом, и будет подвергаться значительным колебаниям, в зависимости от национальных, социально-экономических, региональных, конституционных и других различий среди популяций населения. Исходя из этого, в отечественной и зарубежной литературе неоднократно высказывалась позиция, требующая разработку региональных нормативов фетометрических параметров.

Целью настоящего исследования явилось вычисление средних значений основных фетометрических параметров в различные сроки беременности в Калининградской области и сопоставление полученных данных с результатами Hadlock et.al (1981-1992).

Материал и методы исследования. Было обследовано 425 беременных женщин в возрасте 19-32 лет. Ультразвуковая фетометрия осуществлялась в медицинском центре «МедЭксперт» в рамках скринингового обследования беременных с определением стандартных фетометрических параметров при помощи ультразвукового сканера Esaote MyLab 70. Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью Microsoft Office Excel (инструмент анализа «Описательная статистика»). Оценка различий между результатами этого исследования и нормативами фетометрических параметров, определенных Hadlock, полученных в ходе исследований в 1981-1992 гг., осуществлялась по доверительному интервалу при уровне значимости 0,05.

Результаты. Выявлены статистически значимые отличия фетометрических параметров от нормативов, установленных Hadlock et al. Выявлены отличия в значениях БПР на сроках 35-36 и 36-37 недель, ОЖ на сроке 14-15 недель, ДБК на сроках 14-15, 15-16, 22-23, 24-25, 25-26, 28-29, 31-36 недель. Мы считаем, что различия ОЖ

на сроке 14-15 недель, а также БПР на сроках 35-36 и 36-37 недель могут быть обусловлены большой вариабельностью, т.к. параметр ОЖ считается наиболее точным в интервале между 36-42 неделями, а БПР имеет большую вариабельность в III триместре. Отличия ДБК на сроках 14-15, 15-16, 22-23 недель могут свидетельствовать о региональной особенности развития плода в Калининградской области.

Вывод. Выявлены региональные отличия параметров фетометрии в Калининградской области, что свидетельствует о влиянии географических, социально-экономических и других факторов на развитие плода. Кроме того, нормативы, установленные Hadlock, были получены в 1981-1992 годах, поэтому отличия могут быть обусловлены также и эволюционным развитием, изменяющимися факторами социума и окружающей среды, следовательно, для каждого региона должны быть рассчитаны свои нормативы фетометрических параметров.

Литература. Hadlock F.P. et al. Estimating fetal age: computer-assisted analysis of multiple growth parameters // Radiology. – 1984. Vol. 152, – P. 497-501

ФИТОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Матюш И.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель асс. Гулинская О.В.

Фитотерапия (от греческого слова «фитон» – растение) – это лечение лекарственными и другими растениями. Целебные свойства различных растений нашли свое применение еще в глубокой древности, а в настоящее время используются народами многих стран. Немало современных лекарственных препаратов, выпускаемых фармацевтической промышленностью, берет свое начало от лекарственных растений или целиком основано на их переработке. В фитотерапии растительное сырье наиболее часто применяется в виде настоев и отваров, то есть вытяжки из этого сырья. В настоящее время для лечения сахарного диабета (СД) используется более 200 лекарственных растений.

Доказано, что комплексная фитотерапия при сахарном диабете способствует частичному обновлению клеток поджелудочной железы, которые вырабатывают инсулин. Некоторые растения содержат инсулиноподобные вещества, улучшающие усвоение глюкозы. Кроме того, отдельные растительные препараты проявляют ощелачивающий эффект, а глюкоза в слабом щелочном растворе способна превратиться в легко усвояемый углевод – фруктозу. Наконец, некоторые растительные вещества содержат особый алкалоид – галенин, который способствует переходу глюкозы во фруктозу.

Целью нашего исследования явилось определение влияния диабетического сбора на уровень гликемии у пациентов с сахарным диабетом.

Нами были обследованы 20 пациентов эндокринологического отделения УЗ «Гродненской областной клинической больницы», которые лечились по поводу сахарного диабета и получали для компенсации углеводного обмена традиционные препараты в комплексе с фитотерапией. Пациенты получали сбор в составе которого: листья крапивы, брусники, трава зверобоя, кукурузные столбики с рыльцами, цветки ноготков, цветки ромашки. Данные растения обладают следующими свойствами: противовоспалительным, антиоксидантным, антисептическим, диуретическим, капилляроукрепляющим, спазмолитическим, улучшающим кровоснабжение внутренних органов, поэтому их применяют для лечения СД.

Исследование проводилось глюкометром BIONIME Rightest GM300, технологией измерения которого является использование оксидированных электрохимических сенсоров. Всем пациентам было проведено исследование уровня глюкозы в цельной капиллярной крови до приема диабетического сбора и через час после. Сбор принимался натошак маленькими глотками в течение 5 минут. Для определения уровня информированности пациентов о фитотерапии как компоненте лечения СД,

нами проведено анкетирование с использованием оригинальной анкеты.

По результатам исследования было выявлено, что у всех 20 пациентов произошло снижение уровня глюкозы в крови, через 1ч после приема диабетического сбора. Показатели гликемии до исследования находились в диапазоне от 4,3 до 9,4 ммоль/л, среднее значение составило 7,3 ммоль/л. После приема диабетического сбора от 3,5 до 8,9 ммоль/л, в среднем 5,8 ммоль/л. Максимальный показатель снижения уровня глюкозы крови составил 4,6 ммоль/л, минимальный 0,7 ммоль/л, среднее значение составило 1,9 ммоль/л.

Заключение. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о возможности применения диабетического сбора в комплексном лечении сахарного диабета. Фитотерапия остается очень весомым дополнением к любой схеме терапии сахарного диабета. Она помогает быстрее компенсировать углеводный обмен, что в свою очередь сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре при одновременном улучшении качества жизни.

Литература:

1. Румянцева, Т.А. Диабет. Диалог с эндокринологом. / Т.А.Румянцева / – М.: Вектор.- 2009.- С. 5- 256.

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Махина О.В., Новицкая Р.В., Шмурай А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Нечипоренко Н.А.

Внедрение в практику определения концентрации простат-специфического антигена (ПСА) в сыворотке крови больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) повысило возможность диагностики начальных форм рака предстательной железы (РПЖ).

Цель исследования: Оценить значение концентрации общего ПСА в пределах 4,1-10,0 у больных с ДГПЖ для выявления РПЖ.

Материалы и методы: У 195 больных с ДГПЖ II стадии исследовали концентрацию общего ПСА. (Норма ПСА 0,0-4,0 нг/мл.). При ПСА в пределах 4,1- 10,0 нг/мл больным выполнялась трансректальная биопсия простаты.

При ПСА $\leq 4,0$ нг/мл больным выполнялась ТУР ДГПЖ или аденомэктомия. Все больные были разделены на 3 возрастные группы: I группа (50-59 лет) – 48 человек, II группа (60-69 лет) – 106 человек, III группа (70-79 лет) – 41 человек.

Результаты: В I группе пациентов общий ПСА был в пределах 4,1- 10,0 нг/мл у 13 человек. РПЖ биопсией простаты выявлен у 1 пациента, еще у 1 РПЖ диагностирован гистологическим исследованием операционного материала после ТУР ДГПЖ. Т.е. РПЖ среди 13 человек с повышенной концентрацией общего ПСА оказался у 2 (15,4 $\pm$ 10,0%).

Во II группе пациентов ПСА был в пределах 4,1-10,0 нг/мл у 71 человека. Всем выполнена биопсия простаты и РПЖ выявлен у 4 (5,6 $\pm$ 2,7%). Остальным 67 выполнена ТУР или аденомэктомия. В операционном материале РПЖ выявлен еще у 2 человек. Таким образом среди 71 пациента группы II с ДГПЖ при концентрации ПСА 4,1- 10,0 нг/мл РПЖ оказался у 6 человек (8,4 $\pm$ 3,3%).

В III группе пациентов общий ПСА был в пределах 4,1-10,0 нг/мл у 21 человека. Биопсия позволила выявить РПЖ у 2 из них (9,5 $\pm$ 6,4%). Остальным 19 выполнена аденомэктомия или ТУР ДГПЖ. В операционном материале РПЖ выявлен еще у 2 (10,5 $\pm$ 7,0%). Следовательно, РПЖ оказался у 4 пациентов с ПСА в пределах 4,1-10,0 нг/мл (19,0 $\pm$ 8,5%).

В общей сложности среди 105 больных с ДГПЖ II стадии, и концентрацией общего ПСА в сыворотке крови в пределах 4,1-10,0 нг/мл РПЖ оказался у 12 (11,4 $\pm$ 3,1%) пациентов. Выполненная биопсия простаты позволила снизить ошибку в

диагностике РПЖ при клинических проявлениях ДГПЖ с $11,4 \pm 3,1\%$ до $4,8 \pm 2,0\%$ Ценой такого улучшения диагностики РПЖ явились 93 ($88,6 \pm 3,1\%$) «ненужных» биопсий простаты.

Выводы: 1. Концентрация общего ПСА в пределах 4,1-10,0 нг/мл в сыворотке крови больных с клиническими проявлениями ДГПЖ всего в $11,4 \pm 3,1\%$ случаев оказывается следствием РПЖ. В остальных $88,6 \pm 3,1\%$ случаев биопсия простаты оказалась «напрасной».

2. С целью сокращения количества «напрасных» биопсий простаты необходимо использовать дополнительные параметры ПСА в группе лиц с концентрацией общего ПСА 4,1-10,0 нг/мл, одним из которых является процентное содержание свободного ПСА по отношению к общему ПСА.

Литература:

1. Урология. Учебник для ВУЗов. / Н.А. Лопаткин. – Москва, 2002. – 516с.
2. Савченко Н.Е. Учебно-методическое пособие по урологии. / Савченко Н.Е., Нечипоренко Н.А. – Минск, 2000- 239 с.
3. Нечипоренко Н.А. Урология. Учебное пособие. / Н.А. Нечипоренко, А.Н. Нечипоренко. – Гродно: ГрГМУ, 2009. – 200 с.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ СИНДРОМЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мендюкова М.В., Ильюкевич Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель – ассист. Алексинский В. С.

Оценка морфофункционального состояния плаценты является одним из наиболее важных критериев, который позволяет выяснить роль патологии системы мать-плацента-плод в прогнозировании будущего развития плода. В настоящее время установлено, что одной из самых частых причин нарушений состояния плода во время беременности является фетоплацентарная недостаточность.

Цель работы. Провести патоморфологическое исследование структур последа женщин с синдромом фетоплацентарной недостаточности и изучить характер изменений стромальных, сосудистых и трофобластических структур плацентарной ткани.

Материал и методы. Исследование выполнено на материале 15 последов, полученных от женщин с синдромом фетоплацентарной недостаточности, родивших в Гродненском областном перинатальном центре в 3–4 кварталах 2010 г. Возраст женщин колебался в пределах от 17 до 39 лет. В плацентарной ткани оценивали четыре основных группы процессов: дистрофические, дисциркуляторные, пролиферативные и склеротические.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании плацентарной ткани были обнаружены следующие морфологические изменения со стороны ворсин и интервилллёзного пространства: дистрофия, отёк и некроз ворсин хориона; пролиферация синцитиотрофобласта в виде нагромождения тесно расположенных гиперхромных ядер – синцитиальных почек; склероз стромы ворсин с утолщением стенок капилляров и сужением их просвета, вплоть до облитерации; участки «склеенных» ворсин с резким сужением межворсинчатых пространств; фибриноидные изменения на наружной поверхности ворсин, в их толще, а также на поверхности и в толще децидуальной пластинки; часто выявлялись крупные группы ворсин, строма которых полностью замещена фибриноидными массами, группы ворсин, замурованных в фибрин. В интервилллёзном пространстве – очаги кровоизлияний. Наблюдались также изменения дистрофического характера – отложения солей кальция в виде глыбок и бесформенных масс; обызвествлению подвергались массы фибриноида, инфаркты (т.е. участки с явлениями дезорганизации и некроза).

Заключение. Результаты наших морфологических исследований плаценты при синдроме фетоплацентарной недостаточности свидетельствуют о глубоком по-

вреждении структурных элементов хориона и нарушении его функций. По данным ряда авторов, вышеперечисленные изменения в структуре плаценты являются обязательным признаком гестоза и плацентарной недостаточности, но в то же время, изменения, которые развиваются в плацентарной ткани в процессе беременности, являются следствием многих причин: реакции сосудов на гестоз и компенсаторных реакций, естественных инволютивно-дистрофических изменений, развивающихся вследствие «физиологического старения» плаценты. Таким образом, описанные морфологические изменения плацентарной ткани не являются достаточно специфичными для синдрома фетоплацентарной недостаточности, в связи с чем мы считаем необходимым проведение поиска таких морфологических параметров, которые смогут более точно отражать нарушения морфофункционального состояния плаценты.

Литература:

1. Савельева, Г. М. Плацентарная недостаточность / Г. М. Савельева, М. В. Федорова – Москва: «Медицина», 1991.
2. Малевич, Ю. К. Фетоплацентарная недостаточность / Ю. К. Малевич, В. А. Шостак – Минск, 2007.

РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОБЕСПЕЧЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

Метлашкова О.А., Блохина А.А., Лисовский П.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель Головкова Е.В.

Лечебно-профилактическую помощь населению осуществляет обширная сеть организаций здравоохранения, среди которых важное место занимают учреждения скорой медицинской помощи [1]. Основными задачами службы скорой помощи является оказание больным и пострадавшим медицинской помощи, направленной на сохранение и поддержание жизненно важных функций организма и доставка их в кратчайшие сроки в стационар для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи [2].

Целью данного исследования являлось изучение уровня, структуры обращаемости населения за доврачебной скорой медицинской помощью.

Материал и методы. Объектом исследования явилось население, обратившееся за скорой медицинской помощью одного из районов Гродненской области. На основе ретроспективного анализа сплошным методом изучены все случаи вызова скорой медицинской помощи (1930 пациентов) за 2008 год, обслуженных фельдшерами. Предусмотренная программой исследования информация выкопировывалась из первичной медицинской документации скорой медицинской помощи на специально-разработанные бланки.

Результаты и обсуждение. Основной массе пациентов (68,2%) медицинская помощь оказана в течение 30 минут после поступления вызова, в том числе у 9,3% этот промежуток составил менее 15 минут. Ввиду отдаленности некоторых населенных пунктов 3,1% больным и пострадавшим пришлось ждать скорую помощь 1 час и более. В целом продолжительность обслуживаемого вызова колебалась от 20 минут до 1,5 часа. Среднее время одного вызова составило $28,1 \pm 3,4$ минуты.

Основными поводами вызова скорой помощи явились головная боль (20,9%), «задыхается» (14,1%), боли в области груди (13,6%), высокая температура (12,1%), боли в области живота (11,7%), потеря сознания (7,8%), судороги (3,4%), несчастные случаи (2,6%) и прочие (13,8%). Причем, у мужчин преобладают несчастные случаи (в 4,7 раза), судороги (в 13,7 раза), потеря сознания (1,4 раза), высокая температура (в 1,2 раза) и боли в области живота (в 1,1 раза). Наиболее частым поводом у женщин по сравнению с мужчинами является головная боль (в 1,8 раза) и «задыхается» (в 2,6 раза).

Структура причин обращений населения за скорой помощью на основании диагнозов фельдшеров, обслуживающих вызова, выглядят несколько иначе. Их ранжирование (по убывающей) представляет следующую картину. Верхние позиции по нозологическим формам занимает артериальная гипертензия (18,9%), острые респираторные вирусные инфекции (11,9%), бронхиальная астма (11,7%), ишемическая болезнь сердца (9,3%), алкогольное опьянение и абстинентный синдром (6,0%), травматические повреждения (5,6%), вертеброгенная люмбалгия, торакалгия (3,2%), судорожный синдром (2,5%).

В разрезе отдельных классов болезней (МКБ-10) основная доля обращений (80,2%) приходится на болезни системы кровообращения (34,7%), органов дыхания (25,2%), психические расстройства и расстройства поведения (7,7%), болезни органов пищеварения (7,0%), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (5,6%).

После оказания первой помощи каждый четвертый (23,3%) был госпитализирован, а 5,2% от предложенной госпитализации отказались. Часть вызовов (1,3%) по разным причинам оказались безрезультатными. Эффективность выездов фельдшера по скорой медицинской помощи в 61,9% случаев оценивается как улучшение состояния, в 37,6% – без перемен и в 0,5% констатирована наступившая смерть до приезда медработника.

Таким образом, при выборе организационных основ построения службы скорой (неотложной) медицинской помощи следует сохранить возможность дифференцированного подхода к выбору модели ее организации на местах с учетом особенностей региона, количества и структуры вызовов, построения сети учреждений здравоохранения, транспортной инфраструктуры, возрастного состава и других обстоятельств.

Литература:

1. Калининская, А.А. Научное обоснование потребности в объемах скорой и неотложной медицинской помощи /А.А.Калининская, С.И.Шляфер, А.К.Дзугаев, А.С.Морозов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. -№4. – С. 20–24.
2. Кудрявцева, В.В. Медицинская сестра педиатрической службы скорой медицинской помощи /В.В. Кудрявцева, А.И.Петрова // Медицинская сестра. – 2010. – №7. – С. 36–37.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

Микульчик С.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – ассистент Кринец Ж.М.

Актуальность. Эндокринную офтальмопатию рассматривают как многофакторное заболевание, которое развивается на фоне поражения щитовидной железы и проявляется изменениями органа зрения и мягких тканей орбиты. Она объединяет три формы заболевания, способных переходить друг в друга и различающихся не только жалобами и клиническими признаками, но и патоморфологическими изменениями: тиреотоксический экзофтальм, отечный экзофтальм и эндокринная миопатия [1]. Тиреотоксический экзофтальм – это клинический синдром, развивающийся на фоне тиреотоксикоза и включающий признаки повышения сократительной способности мышцы Мюллера. Болезнь поражает лиц трудоспособного возраста, значительно ухудшая качество жизни, и развивается чаще в тридцать – пятьдесят лет.

Цель исследования: изучить клинические особенности течения тиреотоксического экзофтальма.

Задачи и методы исследования. Нами обследовано 18 больных с тиреотоксическим экзофтальмом. Среди них преобладали женщины – 11 человек (61%), а мужчин было 7 (39%). Возраст больных колебался от двадцати шести до шестидеся-

ти лет. Более чем у половины пациентов (57,5%) наблюдалась гиперфункция щитовидной железы, в трети случаев (35%) имел место эутиреоз. Медикаментозный гипотиреоз составил 7,5%. План клинического обследования включал визометрию, компьютерную периметрию, экзофтальмометрию, офтальмоскопию. Для выявления синдрома «сухого глаза» использовали пробу Ширмера.

Результаты. С учетом возраста все пациенты с тиреотоксическим экзофтальмом были поделены на две группы: первая группа – от 26 до 45 лет (8 больных), вторая группа – старше 45 лет (10 больных). В первой группе клиническая картина характеризовалась первоначальным расширением глазной щели и появлением чувства «инородного» тела в глазах, позже присоединение слезотечения. Пациенты второй группы в качестве первых жалоб отмечали слезотечение, позднее присоединилось увеличение глазной щели за счет ретракции век, что явилось причиной обращения к офтальмологу. Ширина глазной щели в первой группе составила в среднем 11,0 мм (8–16 мм) при норме 7–10 мм, во второй группе – 10,3 мм (7–14 мм). Ретракция век в обеих группах встречалась у всех больных. У 11 пациентов (у 5 первой группы и 6 второй группы) имел место односторонний интермиттирующий птоз верхнего века. Степень выстояния глаза по отношению к наружной стенке орбиты у 13 больных колебалась в пределах 15–22 мм. С учетом имеющихся данных о положении глаза в орбите средние показатели экзофтальмометрии не выходили за пределы нормы. Подвижность глаза во всех случаях оставалась в полном объеме. Симптом «сухого глаза» у молодых пациентов встречался в 34,5 % случаев, а у больных старшей возрастной группы его частота составила 50,1%.

Выводы. Клиническими признаками тиреотоксического экзофтальма являются расширение глазной щели, ретракция верхнего века и отсутствие протрузии глаза. Он может сопровождаться явлениями синдрома «сухого глаза», что требует раннего выявления и лечения с назначением кератопротекторов. При дальнейшем наблюдении за данными пациентами глазные симптомы исчезают при нормализации функций щитовидной железы.

Литература:

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия // Москва. – 2004. – 174 с.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ХУДОЖЕСТВЕННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Миленцевич А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – зав. кафедрой Мельникова А.А.

В художественной литературе мы часто встречаем описание различных болезней. Читая произведения А.П. Чехова и Л.Н. Толстого, М. Булгакова и Вересаева, мы познакомились с некоторыми из них.

Хотелось бы остановиться на описании болезней крови в художественной литературе.

В литературе XIX века нет описания определённого поражения кроветворения у героев художественных произведений. Достаточно часто используются такие эпитеты, как «ни кровинки в лице», «бледная», «худосочный». В конце XIX века представления об анемии были достаточно неясными. По-видимому, путаница происходила из-за схожести отдельных синдромов при анемии и других заболеваниях.

Картина резко меняется со второй половины XX века. Сейчас уже болезни крови не только называются, но им посвящаются и отдельные произведения. Возрос интерес к здоровью человека и конкретным болезням. Это объясняется несколькими причинами, первая среди них – бурное развитие науки. Её развитие заставляет более ответственно относиться к своим открытиям и действиям.

После атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки массовые радиационные поражения дают толчок к развитию гематологии. Возникает противоречие между неограниченными возможностями науки и конечностью существования жизни на

Земле. Этот конфликт привлекает внимание писателей, и во второй половине XX века в литературе стали появляться гематологические мотивы.

В художественной литературе этого периода представлены основные разделы гематологии – патологии белой и красной крови, свёртывающей и противосвёртывающей систем.

При чтении художественных произведений, где есть описание болезней, в том числе и заболеваний крови, иногда даже создаётся впечатление, что рядом с автором лежит специальная медицинская литература, настолько точно и подробно описаны симптомы и течение болезней.

Гематологические мотивы звучат в таких произведениях русских, белорусских и зарубежных авторов, как «Микроскоп» Василия Шукшина, «Гемофилия» Виктора Астафьева, «Четыре креста на солнце» Анатолия Делендика, «Сто лет одиночества» и «По следу твоей крови на снегу» Габриэля Г. Маркеса.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Милошевская Ю.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Станько Э.П.

Во многих странах потребление инъекционных наркотиков и половые контакты с ПИН служат основным путем распространения ВИЧ. Согласно имеющимся данным, в 103 из 129 стран или территорий, где зарегистрировано инъекционное потребление наркотиков, отмечены связанные с ним случаи заражения ВИЧ [1]. Распространение инфекции через инъекционное потребление наркотиков является преобладающим в странах Восточной Европы, Северной Африки, Среднего Востока, Южной Европы, некоторых регионов США и стран Азии [2].

Цель – изучение состояния и динамики распространения наркоманий и ВИЧ-позитивных ПИН с оценкой статистической связи данных о заболеваемости, болезненности и смертности больных наркоманией и ВИЧ-позитивных ПИН.

Материал и методы. Объектом исследования явились ВИЧ-позитивные ПИН и больные наркоманией. Для изучения состояния и изменений динамики распространения наркоманий среди населения и ВИЧ-позитивных ПИН во времени составлен динамический ряд, который подвергнут преобразованиям с целью выявления особенностей изучаемого процесса и достижения наглядности в характеристике изучаемого явления. Проведены расчет и оценка интенсивных показателей болезненности, заболеваемости и смертности больных с последующим осуществлением анализа корреляционных связей по Kendall Tau.

Результаты. За последние 5 лет (2004 – 2009 гг.) число больных наркоманией, состоящих на учете в учреждениях здравоохранения республики, увеличилось на 21% (с 62,38 до 83,31 новых случаев на 100 тыс. населения). Заболеваемость наркоманиями возросла в 2,7 раза (с 6,78 до 18,26 случаев на 100 тыс.). При выравнивании показателей динамического ряда отмечается тенденция к увеличению уровней заболеваемости, в среднем на 23,6% ежегодно. Смертность больных наркоманией в 2007 г. составила 0,93 на 100 тыс. населения, т.е. по сравнению с 2006г. уменьшилась в 1,3 раза. В 2009 г. показатель смертности увеличился в 1,45 раза по сравнению с 2007 г. и составил 1,34 на 100 тыс. населения. Среднее значение темпа прироста – +6,43%, максимальные значения темпа прироста случаев смертности среди больных наркоманией наблюдались в 2008 и 2009 гг. Смертность среди ВИЧ-позитивных ПИН за последние 5 лет возросла в 2,1 раза и составила в 2009 г. 1,86 случаев на 100 тыс. населения. Анализ коэффициентов корреляций Kendall Tau на временном отрезке 2004-2009 гг. показал, что значение коэффициента корреляции для показателей болезненности наркоманиями и ВИЧ-позитивных ПИН составило $r=+1$ [$p=0,004$], болезненности и заболеваемости наркоманиями – $r=+0,86$ [$p=0,014$], что свидетель-

ствуется о росте численности больных наркоманиями, подтверждаемой резким увеличением регистрации новых случаев наркоманий среди населения и влиянии численности больных наркоманиями на численность ВИЧ-позитивных ПИН.

Выводы. Медицинская составляющая наркологической ситуации в стране характеризуется высокими количественными показателями. В первую очередь это относится к заболеваемости и болезненности наркоманиями, болезненности ВИЧ-позитивных ПИН. Наиболее неблагоприятным фактором представляется высокая смертность наркологических больных, страдающих ВИЧ-инфекцией.

Литература.

1. Ball, A., Rana, S. & Dehne, K. L. (1998) HIV prevention among injecting drug users: responses in developing and transitional countries. Public Health Reports, 113 (suppl. 1), 170–181.

2. Crofts, N., Reid, G. & Deany, P. (1998) Injecting drug use and HIV infection in Asia, AIDS, 12 (suppl. B), S69–S78.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕНЩИН, ИМЕВШИХ В АНАМНЕЗЕ ЧЕТЫРЕ И БОЛЕЕ БЕРЕМЕННОСТЕЙ

Милошевская Ю.И., Хомбак М.С., Мелько Н.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доц. Заборовский Г.И.

Объективная оценка репродуктивного здоровья является информационной основой разработки мероприятий по его сохранению и укреплению [1]. Полное и достоверное заключение о репродуктивном здоровье возможно лишь при использовании комплексного анализа его состояния [2,3].

Целью данного исследования явилось изучение контингента родильниц, имевших в анамнезе 4 и более беременностей.

Материал и методы. Объектом исследования послужили 170 родильниц, находившихся в стационарах перинатальных центров Республики Беларусь, в анамнезе которых имелось 4 беременности и более. На специально разработанную «Карту родильницы и новорожденного» производилась выкопировка предусмотренных программой сведений из первичной медицинской документации (история родов и новорожденного, обменная карта) с последующим опросом родильницы.

Результаты. Среди исследуемого контингента почти каждая вторая женщина (46,9%) имела в анамнезе четыре беременности, 7,1% – пять беременностей, 25,7% – шесть беременностей, 11,3% – семь беременностей, 5,7% – восемь беременностей и 3,3% – девять беременностей. В среднем на каждую женщину пришлось 5,0% беременностей.

Свыше 2/3 беременностей (72,4%) закончились родами в срок, 3,6% – преждевременными родами и в 1,9% случаев применялось кесарево сечение. Практически каждая четвертая беременность (22,1%) не получила развития из-за спонтанного (4,3%) или искусственного аборта (13,4%), неразвивающейся (2,3%) или внематочной беременности (2,1%).

В среднем на каждую исследуемую женщину приходится 3,3 ребенка. Однако каждая двенадцатая пациентка имеет двоих детей, каждая вторая – троих, каждая четвертая – четверых, каждая десятая – пятерых и каждая двадцатая – шестерых и более детей. Представляет интерес семейное положение пациенток: замужние составили 78,8%, а каждая пятая – разведена (11,2%) или брак не зарегистрирован (10,0%). Средний возраст женщин составил $32,8 \pm 0,4$ года. Причем, наиболее представлена возрастная группа 30–34 года (37,1%) и 35–39 лет (27,6%). Несколько ниже удельный вес женщин в возрасте 25–29 лет (22,4%).

Обращает на себя внимание социальное положение изученного контингента. Более половины женщин (51,2%) заняты на рабочих профессиях, значительно ниже среди них число служащих (22,9%). Каждая седьмая (14,7%) – домохозяйка с ориен-

тацией на семью. Высок образовательный уровень матерей: более 2/3 имеют высшее (23,9%) и среднее специальное образование (44,3%). Среднее и неполное среднее образование указала каждая третья респондентка.

Опрошенные отмечают хорошие жизненные условия. Абсолютное большинство проживают в отдельной квартире (74,5%) или частном доме (20,6%).

Наличие вредных привычек у себя отметила одна женщина из каждых шести респонденток: употребление алкоголя (5,1%) и курение (12,1%).

Выводы. Установленные в ходе исследования характеристики женщин необходимо учитывать при планировании на индивидуальном и общественном уровне мероприятий организационного и медицинского характера по охране репродуктивного потенциала населения.

Литература:

1. Данишевский, К.Д. Репродуктивное здоровье: глобальные цели развития и экономический потенциал России /К.Д.Данишевский //Экономика здравоохранения. – 2010. – №9-10. – С.17-26.

2. Шемаринов, Г.А. Анализ значения социально-гигиенических факторов и ресурсов здравоохранения в прогнозировании состояния здоровья родильниц на индивидуальном уровне /Г.А.Шемаринов, Г.Я.Клименко //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №3. – С.52-54.

3. Назарова, А.О. Медико-социальная характеристика женщин с патологией беременности /А.О.Назарова, Т.С.Проворова //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – №3. – С.6-8.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Милошевский Е.В., Гайдук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – к.м.н. Стенько А.А.

За последние годы сформулированы принципы активного лечения гнойных ран, одной из основных задач которого является необходимость воздействия на патогенетические факторы местной инфекции. Применение с этой целью антимикробной фотодинамической терапии является патогенетически обоснованным.

Цель исследования. Экспериментально обосновать применение фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором фотолоном при остром ишиоректальном парапроктите.

Материалы и методы. Эксперименты проводили на 18 белых крысах-самцах, которым моделировали острый парапроктит путем введения 0,25 граммов содержимого прямой кишки, растворенного в 0,5 мл стерильного физиологического раствора в седалищно-прямокишечную ямку. Животным контрольной серии на третьи сутки проводилось вскрытие гнойника, промывание полости раствором перекиси водорода, наложение на рану мази «Левомеколь». Последние две процедуры проводили в течение 7 суток. Животным опытной серии после вскрытия очага и промывания раствором H₂O₂ проводили обработку полости 1 мл 0,1% раствором фотолона. Через один час активировали ФС, облучая область лазерным излучением аппарата «Родник 1» ($\lambda=0,67$ мкм, 20 мВт, 10 мин). Подобную процедуру проводили в течение 7 суток. Животных выводили из эксперимента на 3, 7 и 14 сутки после формирования абсцесса. Делали мазки-отпечатки из ишиоректальной клетчатки животных с последующей окраской по Граму. Производили бактериоскопию препаратов с помощью светового микроскопа на увеличении в 1000 раз с применением иммерсионного объектива.

Результаты. На 3-и сутки в мазках из параректальной клетчатки животных контрольной серии обнаруживалось обилие грамположительной и грамотрицательной флоры. Обнаруженная и к 7-м суткам макроскопическая картина острого пара-

проктита подтверждалась при бактериоскопии. При окраске мазков-отпечатков определялись грамположительная кокковая флора и грамотрицательные микроорганизмы (вероятно, *Escherichia coli*). Практически аналогичная бактериоскопическая картина наблюдалась и к 14-м суткам эксперимента.

В опытной серии, где применялась фотодинамическая терапия с фотосенсибилизатором фотолоном, уже на 3-и и 7-е сутки в мазках определялась лишь скудная грамположительная кокковая флора. К 14-м суткам в мазках-отпечатках не обнаруживалось микроорганизмов.

Заключение. Таким образом, фотодинамическая терапия с фотолоном обладает выраженным противомикробным эффектом, что способствует санации очагов инфекции при остром парапроктите.

ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Милошевский Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – к.м.н. Стенько А.А.

Воспаление околопрямокишечной клетчатки – одно из наиболее распространенных заболеваний. В структуре проктологических заболеваний стоит на 4 месте после геморроя, анальной трещины, колитов и составляет 20–40% всех заболеваний прямой кишки [1, 2, 3, 4].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острым парапроктитом.

Материалы и методы. Работа проводилась на 27 белых крысах самцах, которым моделировали острый парапроктит путем введения 0,25 граммов содержимого прямой кишки, растворенного в 0,5 мл стерильного физиологического раствора в седалищно-прямокишечную ямку. На 3 сутки после развития процесса проводили вскрытие очага. Ревизию, промывание полости раствором перекиси водорода и заполнение раны мазью «Левомеколь» проводили в течение последующих семи дней (контрольная группа). В опытной группе после вскрытия, ревизии и промывания полости абсцесса рана орошалась 1 мл 0,1% раствора фотолона. Активировали фотосенсибилизатор лазерным излучением аппарата «Родник 1» ($\lambda=0,67$ мкм, 20 мВт, 10 мин.). Подобную процедуру проводили в течение семи дней.

Животных выводили из эксперимента на 3, 7 и 14 сутки после формирования парапроктита. Проводили забор материала для гистологического (окраска препаратов прямой кишки и ишиоректальной клетчатки гематоксилином и эозином) исследования.

Результаты. В контрольной группе на 3 сутки после эксперимента в клетчатке отмечалась интенсивная гнойная инфильтрация с некрозом тканей. В толще кишки наблюдались очаги гнойно-некротического воспаления, представленные участками некроза с перифокальным валом из нейтрофильных лейкоцитов и единичных макрофагов. Определялись признаки расстройств кровообращения: выраженный отек, полнокровие сосудов. К 14 суткам отмечалось стихание воспалительной реакции (на фоне преобладания нейтрофильно-эозинофильной инфильтрации нарастало количество макрофагов, сохранялись отек, полнокровие сосудов, определялись остатки кровоизлияний в ткани кишки).

При оценке патоморфологических изменений в препаратах опытной группы по сравнению с контролем на 3 сутки выраженность явлений альтерации (некроза стенки кишки) и экссудации (отека и гнойной инфильтрации) была меньше. К 7 суткам нейтрофильно-эозинофильная инфильтрация была значительно менее выражена, чем в контрольной группе, а на 14 сутки она практически не определялась.

Заключение. Применение фотодинамической терапии с фотолоном способствует более выраженному купированию воспалительной реакции при остром пара-

проктите в сравнении с традиционным методом лечения.

Литература:

1. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2001. – 413 с.
2. Воробьев, Г.И. Современные тенденции неотложной проктологии / Г.И. Воробьев, А.М. Коплатадзе, Ю.А. Бондарев // Хирургия. – 1993. – №2. – С. 93–95.
3. Гапонов, В.В. Опыт лечения острого парапроктита в условиях областного проктологического отделения / В.В. Гапонов [и др.] // Украинский журнал хирургии. – 2009. – №5. – С. 45–47.
4. Гинюк, В.А. Анализ заболеваемости острым парапроктитом / В.А. Гинюк [и др.] // Здравоохранение. – 2010. – №1. – С. 19–22.

ПРОИЗВОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТ В ЛИМФОЦИТАХ ТИМУСА И СЕЛЕЗЕНКИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ КРЫСАМ ЭКСТРАКТА ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Минчук Е.А., Родич А.А., Божко Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга
Научный руководитель – к.б.н., доц. Горецкая М.В.

Тимус представляет собой эпителиальный орган, разделенный на дольки, кортикальный слой которого состоит из фолликулов, густо инфильтрированных пролиферирующими Т-лимфоцитами. В селезенке содержится около 25% Т-лимфоцитов и до 60% В-лимфоцитов, что обеспечивает активное участие в иммунных реакциях как клеточного, так и гуморального типа. Поскольку тимус и селезенка, являясь одними из основных компонентов системы иммунитета, имеют принципиально различное строение и функции, важно сравнительное изучение метаболической активности иммунокомпетентных клеток, выделенных из этих органов. Нами предположено, что одним из механизмов иммуномодулирующего действия экстракта куколок дубового шелкопряда [1] при введении в организм животных является стимуляция метаболизма в иммунокомпетентных клетках, отражением которой являются специфические изменения пула производных аминокислот.

Цель работы. Анализ изменений фонда производных аминокислот в лимфоцитах, выделенных из тимуса и селезенки после введения животным экстракта куколок китайского дубового шелкопряда.

Материалы и методы исследования. Крысам (линии Вистар) массой 60–70 г, получавшим полноценный рацион вивария, ежедневно внутрижелудочно вводили водный экстракт куколок китайского дубового шелкопряда в разведении 1:10 в течение 10 дней в дозе 1 мл на 100 г массы ($n=7$). Контрольные животные ($n=7$) получали физиологический раствор аналогичным способом. Животных декапитировали под легким эфирным наркозом. Выделяли тимус и селезенку. В градиенте плотности (урографин, 1,077 г/см³) выделяли лимфоциты. Определение свободных аминокислот проводили с помощью хроматографической системы Agilent 1100, прием и обработку данных – с помощью программы Agilent ChemStation A10.01. Математическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica 7.0.

Результаты. После введения экстракта как в лимфоцитах тимуса, так и в лимфоцитах селезенки увеличивалось содержание фосфоэтаноламина в 2 и 4 раза, соответственно, б-аминоадипиновой кислоты ($0,18 \pm 0,02$ против $0,06 \pm 0,01$ мкмоль/10⁹ лимфоцитов селезенки) и гидроксипролина ($0,11 \pm 0,006$ против $0,08 \pm 0,01$ мкмоль/10⁹ лимфоцитов селезенки), а также цитруллина в лимфоцитах тимуса. Одновременно в лимфоцитах селезенки регистрировалось выраженное снижение уровня цистатинина ($0,06 \pm 0,01$ против $0,18 \pm 0,04$ мкмоль/10⁹), что, вероятно, отражает усиление метаболизма метионина по пути транссульфирования, ведущее к наработке цистеина и таурина, аминокислот, регулирующих синтез различного типа цитокинов иммунокомпетентными клетками.

Выводы. Таким образом, курсовое введение экстракта куколок китайского

дубового шелкопряда крысам оказывает влияние на фонд производных аминокислот в лимфоцитах, выделенных из тимуса и селезенки, сохраняя при этом специфичность воздействия на исследованные популяции лимфоцитов. Выявленные нами изменения концентраций производных аминокислот в лимфоцитах селезенки и тимуса, вероятно, являются одним из механизмов проявления иммуномодулирующего действия экстракта куколок.

Литература:

1. Горецкая, М.В. Средство, обладающее иммуномодулирующей активностью./ М.В. Горецкая, В.М. Шейбак, А.А. Чиркин //Патент №12504. – Регистрация в Государственном реестре изобретений Республики Беларусь 27.07.2009. – Приоритетная справка №а 20070709 от 11.06.2007.

РЕНТГЕНОВСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ И СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

Михаленя А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н. проф. Нечипоренко Н.А.

Диагностика генитального пролапса (ГП) и стрессовое недержание мочи (СНМ) у женщин в большинстве случаев труднее не представляет. опущение или выпадение внутренних женских половых органов автоматически влечет за собой опущение мочевого пузыря и тазового отдела мочеточников, что лежит в основе всех расстройств мочеиспускания у таких женщин.

Целью исследования явилась оценка значения экскреторной урографии и ретроградной цистографии в уточнении степени опущения мочевого пузыря и состояния мочеточников у женщин с ГП и СНМ и оценке эффекта проведенной операции.

Материал и методы. Проведен анализ экскреторных урограмм и ретроградных цистограмм, выполненных в покое и на высоте пробы Вальсальвы у 34 женщин с опущением или выпадением матки или передней стенки влагалища (цистоцеле). Возраст женщин 54-70 лет, длительность заболевания от 3 до 9 лет. У 21 пациентки, кроме нарушенной статики внутренних половых органов, имело место и СНМ. Цистограммы выполняли до операции и в течение месяца вмешательства.

Результаты и обсуждение. На экскреторных урограммах у 11 пациенток обращал на себя внимание ход тазовых отделов мочеточников. Чем более выраженным было опущение или выпадение передней стенки влагалища, тем более ход тазовых отделов мочеточников выпрямлялся и мочеточники смещались к средней линии. Дистальные отделы мочеточников прослеживались ниже лонного сочленения.

На цистограммах, выполненных в прямой проекции, на высоте пробы Вальсальвы, мочевой пузырь при опущении и особенно при выпадении передней стенки влагалища приобретал специфическую форму. Нижняя часть мочевого пузыря напоминает вид «отрывающейся капли воды», а мочевой пузырь приобретал вид «песочных часов». Нижний контур мочевого пузыря оказывается ниже нижнего края лобкового сочленения. Такое смещение нижнего контура мочевого пузыря и его форма происходит за счет выпячивания задней стенки пузыря через дефект в лобково-шеечной фасции. При этом, опускающаяся шейка мочевого пузыря вниз вызывает S-образный изгиб мочеиспускательного канала. Причем, чем более выражено опущение мочевого пузыря, тем чаще отмечалось нарушение его опорожнения.

Все женщины оперированы. Нарушенную статику тазовых органов восстанавливали имплантацией сетчатых протезов по технике Prolift, а континенцию восстанавливали подуретральной синтетической лентой по технике TVT.

После хирургической коррекции нарушений статики передней стенки влагалища и мочевого пузыря и восстановления континенции на цистограммах отмечалось значимое снижение степени опущения мочевого пузыря относительно лонного сочленения.

Вывод. Экскреторная урография у женщин с ГП и СНМ позволяют оценить анатомическое состояние нижних и верхних мочевыводящих путей и документировать результат корригирующего вмешательства.

ТЕЧЕНИЕ ГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ

Михаловская М.Г., Карапетян А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хлебовец Н.И.

Болезни почек и мочевыводящих путей среди детей составляют в среднем 29 случаев на 1000 человек (Чичко М.В. и др., 2002г.)

Цель исследования: изучить структуру и течение заболеваний с гематурией.

Материалы и методы. Анализировались истории болезни 34 детей с гематурией, госпитализированных в ГОДКБ за период с августа 2009 по сентябрь 2010 года. Изучен возраст детей, пол, проанализированы лабораторные исследования (общий анализ мочи (ОАМ), общий анализ крови).

Результаты. Возраст детей был от 1 года 7 месяцев до 18 лет, в том числе до 3 лет – 6 детей, от 3 до 6 лет- 1 ребенок, от 6 лет до 12 лет -11 детей, старше 12 лет- 16 детей. Девочек было 22, мальчиков – 12. Среди детей с гематурией диагностированы гломерулонефриты (ГН) у 10 детей, инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) у 10 детей, пиелонефриты (ПЕН) у 10 детей, дисметаболическая нефропатия (ДМН) у 2 детей, нефропатия с гематурией у 2 детей. По степеням выраженности незначительная гематурия отмечалась у 53% детей, умеренная у 38% детей, значительная у 9% детей. Макрогематурии не было ни у одного ребенка. Среди детей с гематурией диагностирован ГН у 29% детей, ИМВП – у 29% детей, ПЕН – у 29% детей, ДМНП – у 6% детей, нефропатия с гематурией – у 6% детей. Обращает на себя внимание то, что у всех детей до 3 лет была ИМВП. Гематурия у них была незначительная, которая исчезла в течение 1 недели от начала лечения. Гломерулярных болезней у детей данной возрастной группы не было. Анализ мочевого синдрома показал, что у 26% детей была изолированная эритроцитурия. Из них ГН выявили у 21% детей, ДМНП у 5% детей. Эритроцитурия в сочетании с лейкоцитурией выявлена у 68% больных. Из них у 9% детей с ГН, у 27% детей с ПЕН, у всех больных с ИМВП-29% детей, а также у 3% детей с нефропатией и гематурией. Нас интересовало время нормализации мочевого синдрома. Мы изучали динамику изменений в ОАМ. Дети с ГН выписывались из стационара после исчезновения экстраренальных проявлений. Анализ мочевого синдрома показал, что гематурия нормализовалась у 9% детей на 6-14 день. Из них у 6% детей с ОГН и нефритическим синдромом, а также у 1 ребенка с ХГН. Однако 18% детей выписано из стационара с сохраняющимися изменениями в ОАМ. Это было 12% детей с ОГН и изолированным мочевым синдромом, а также 6% детей с ХГН (фокально-сегментарным и мезангиопролиферативным ГН). У всех детей страдающих нефропатией с гематурией мочевого синдром не нормализовался. У 12% детей с ПЕН нормализация мочевого синдрома произошла на 2-5 день, у 15% – на 10-14 день лечения. Гематурия не нормализовалась у 1 ребенка. При ИМВП эритроциты не обнаружены у 20% детей на 6-10 день. Значительно снижены эритроциты в моче у 6% детей на 3-5 день. Не нормализовалась гематурия у 1 ребенка с шеечным циститом и оксалурией. У 1 ребенка с ДМН произошла нормализация гематурии на 8 день, у второго ребенка значительно снизилась на 4 день.

Выводы. Основную массу детей, страдающих гематурией, составили школьники – 79%, причем преобладали дети старше 12 лет. У девочек гематурия выявлена почти в 2 раза чаще. Среди детей с ОГН и нефритическим синдромом, как правило, имеет место нормализация мочевого синдрома за время пребывания в стационаре. У 100% детей с ОГН и изолированным мочевым синдромом гематурия торпидная к терапии. У детей с ХГН в 67% случаев также отсутствует нормализация мочевого синдрома в процессе лечения.

Литература:

1. Клиническая оценка мочевого синдрома у детей: учебно-метод. пособие / З.А. Станкевич [и др.]. – Минск: БГМУ, 2003. – 24 с.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Михаловская М.Г., Мысливец И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – Мокров Ю.В.

С 60-х годов XX столетия наметился рост распространенности аллергических заболеваний среди взрослого и детского населения, который продолжается в последние годы и представляет большую медико-социальную проблему [1,2]. По данным эпидемиологических исследований, хотя бы один раз на протяжении жизни острая аллергическая реакция (ОАР) наблюдалась у 15–25% населения [3,4].

Цель исследования. Изучение особенностей контингента лечившихся в стационаре по поводу острых аллергических заболеваний.

Материал и методы. Источником информации послужили «Статистические карты выбывшего из стационара» терапевтического отделения одной из городских больниц Республики Беларусь. Произведена сплошная выборка лечившихся на протяжении года с диагнозом «Острые аллергические реакции» (шифр J, T по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра).

Результаты. Контингент лечившихся по поводу ОАР преимущественно сформирован из лиц женского пола (65,5%), мужчины составили 34,5%, $p < 0,05$. Выявлено различие частоты госпитализации в зависимости от возраста. Наибольшая интенсивность прослеживается у лиц в возрасте 20–29 лет (18,3%) с последующим снижением в каждом 10-летнем возрастном интервале. В целом среди госпитализированных дети в возрасте до 18 лет составляют 9,2%, а лица в трудоспособном периоде – 55,2%. На пенсионный возраст приходится 35,6%. Характерно, что среди работающих преобладает контингент, занятый преимущественно умственным трудом (31,0%), в 1,5 раза меньше заняты на физических видах труда (20,7%), у остальных (3,5%) – смешанный труд. Каждый десятый госпитализированный с исследуемой патологией является инвалидом.

У большинства пациентов ОАР проявилась крапивницей (43,7%), у 31,0% – по типу отека Квинке и у 23,0% больных наблюдалось сочетание этих двух форм. Преобладали ОАР средней степени тяжести (94,3%), легкая зарегистрирована у 3,4% и тяжелая – у 2,3% госпитализированных. Этиологический фактор уточнен лишь у каждого третьего. Среди них по убывающей расположились укусы насекомых, лекарственные препараты, пищевая аллергия и бытовая химия.

Кроме основного заболевания, у 2/3 имелась сопутствующая патология, которая в основном представлена 4-мя классами болезней. У каждого второго пациента зарегистрированы болезни системы кровообращения (51,1%), почти у каждого третьего (32,0%) – болезни органов пищеварения, у каждого 8-го – болезни мочеполовых органов (12,8 %) и у каждого 50-го – болезни органов дыхания (2,1%). Как показали результаты исследования, все пациенты направлены врачом скорой помощи и доставлены в стационар преимущественно в первые 6 часов от начала заболевания (71,3%).

Наибольшая интенсивность госпитализаций приходится на летние (44,8%) и весенние (26,4%) месяцы, а по дням недели – на понедельник (19,5%), среду (18,4%) и четверг (18,3%).

Расхождение диагноза направившего учреждения и окончательного диагноза в стационаре составило 11,5%.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре с ОАР составила $4,3 \pm 0,1$ дня, различаясь по полу (мужчины – $3,0 \pm 0,3$, женщины – $4,6 \pm 0,2$ дня, $t = 4,4$).

Однако более половины пациентов (55,2%) выписываются в первые три дня, а 7,9% – спустя 10 дней и более с момента поступления.

Исход лечения благоприятный: у 21,8% отмечено выздоровление, у остальных (78,2%) – улучшение состояния здоровья.

Таким образом, при планировании медицинской помощи необходимо учитывать особенности госпитализации лиц, страдающих аллергическими реакциями.

Литература:

1. Клинические рекомендации. Аллергология / под ред. Р.М.Хаитова, Н.И.Ильиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.

2. Лазарева, Д.Н. Лекарственная аллергия /Д.Н.Лазарева, В.В.Плечев, Е.К.Алехин. – Уфа: Башк. гос. мед. ун-т, 2000 – 103 с.

3. Паттерсон, Р. Аллергические болезни: диагностика и лечение / Р.Паттерсон, Л.К.Грэммер, П.А.Гринбергер//Перевод с англ., под ред. акад. РАМН А.Г.Чучалина (гл. ред.), чл.-корр. РАМН И.С.Гушина (отв. ред.). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000. – 768 с.

4. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость: Справочник. – М.: Знание, 2001 – 124 с.

ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПЛОДОВ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ

Михальчук И.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор Мацюк Я.Р.

Установлено, что нарушение энтерогепатической циркуляции желчи (холестаз) в период беременности приводит как к задержке физического развития потомства, так и его органогенеза [1]. В желудке крысят, родившихся в условиях холестаза, уже на 15-е сутки после рождения имеет место уменьшение толщины слизистой, меньшая развитость собственных желез и образующих их экзокриноцитов. Изменены и их цитохимические свойства [2]. Проявятся ли эти изменения во внутриутробном периоде развития – не известно. В связи с вышеизложенным была поставлена цель – изучить, применяя гистологические и гистохимические методы, у плодов крыс с экспериментально вызванным на 17-е сутки беременности подпеченочным обтурационным холестазом структурные и цитохимические особенности слизистой донного отдела желудка и ее железистого аппарата.

Проведенными исследованиями установлено, что слизистая оболочка дна желудка 19-суточных плодов, развивающихся в условиях холестаза, тоньше, чем у контрольных животных, а образующие ее складки отличаются небольшими размерами. Количество и глубина желудочных ямок на поле зрения также снижаются (ув. $\times 200$, $p < 0,0001$), а ядра в однослойном призматическом эпителии располагаются на разных уровнях.

Реже чем в контроле у основания желудочных ямочек, в виде почек закладываются собственные железы, представленные немногочисленными мелкими клетками, выделяющихся базофильной окраской цитоплазмы. Среди них изредка обнаруживаются клетки более крупных размеров, отличающихся разной степенью оксифилии цитоплазмы. Это дифференцирующие париетальные экзокриноциты. Их количество в железе составляет $0,4 \pm 0,1$ при $1,7 \pm 0,1$ в контроле, $p < 0,0001$. Их окружают более мелкие клетки – образующиеся главные, добавочные и шейные экзокриноциты.

Активность СДГ, ЛДГ, НАДН-ДГ в эпителиоцитах слизистой оболочки, как и в мелкоклеточной популяции закладывающихся собственных желез, снижена. Довольно низкая активность ферментов отмечена и в дифференцирующихся париетальных экзокриноцитах. Продукты реакции в них крупноглыбчатые и неравномерно распределены по цитоплазме. В поверхностно-ямочных эпителиоцитах усиливается фоновая окраска на гликопротеины и сиаломуцины. Мукоциты при окраске на гли-

копротеины и сиаломуцины еще не определяются. Не выявляются, как и в контроле, и сульфомуцины.

Таким образом, установлено, что у 19-суточных плодов, развивающихся в условиях холестаза матери, задерживается развитие слизистой, формирование собственных желез и их экзокриноцитов, сопровождаясь снижением активности ферментов энергетического метаболизма. Последнее приводит к задержке дифференцировки экзокриноцитов и торможению в них синтеза сложных биополимеров типа гликопротеинов, сиало- и сульфомуцинов.

Литература:

1. Мацюк, Я.Р. Особенности структурных и цитохимических свойств собственных желез желудка 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза, экспериментально вызванного в период фетогенеза / Я.Р. Мацюк, Е.Ч. Михальчук // Ж. ГрГМУ. – 2007. – №2. – С. 46-49.

2. Михальчук, И.И. Морфофункциональные особенности тканевых базофилов и париетальных экзокриноцитов желудка крысят, родившихся в условиях холестаза / И.И. Михальчук, К.Е. Околокулак // Мат. VII міжнар. студ. наук. конф., Вінниця. – 2010. – С. 54-55.

АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО Г. ЛИДА И ЛИДСКОМУ РАЙОНУ

Михолап С.С., Панкевич И.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – преп. Севенко Ю.С.

Демографическая проблема уже давно стала глобальной. Её важность и значимость признана всеми государствами. Для Республики Беларусь демографическая проблема не нова, однако если в таких странах мира как Китай население неумоимо возрастает, то в нашей стране уровень смертности все также стремится к уровню рождаемости. Государство постоянно работает по принятию мер во избежание прекращения существования нашей нации. Целью данной работы является анализ демографических данных в контексте города Лиды и Лидского района.

За 2009 г. в Лидском районе по данным ЗАГСа родилось 1507 детей, что на 44 ребенка (2,9%) меньше по сравнению с 2008 г. В г.Лиде родилось 1181 ребенок (2008 г. – 1232), что на 51 ребенок (4,2%) меньше. Общий уровень рождаемости за 2009 г. по району на 1000 населения составил 11,23 (2008 г. – 11,47.), по г.Лиде 12,33 на 1000 (2008г. – 12,89 на 1 тыс.).

Одновременно со снижением рождаемости возросла смертность, так в Лидском районе за 2009 г. умерло 1920 человек (за аналогичный период 2008 г. – 1875), что на 45 человек больше (2,4%). Показатели общей смертности за 2009 г. в целом по Лидскому району на 1000 населения составили 14,31 (2008г. – 13,87), по г.Лиде за 2009 г. на 1000 населения составили 11,19 (2008 г. – 11,15).

Структура смертности по сравнению с предыдущими годами серьезно не изменилась. Как и раньше на первом месте смертельные случаи, связанные с болезнями системы кровообращения, на втором – новообразований, на третьем – внешние причины.

Следует отметить, что за анализируемый период среди причин смерти доля болезней системы кровообращения снизилась с 57,7% до 55,9%, как за счет сельского, так и городского населения. Вместе с этим отмечен рост смертности от внешних причин на 15 случаев за счет роста среди сельского населения на 12 случаев.

Рассматриваемая демографическая ситуация является несколько тревожной, поскольку по-прежнему смертность перекрывает рождаемость.

В связи с этим сегодня белорусское государство реализует ряд программ, направленных на повышение рождаемости и снижение смертности:

- Увеличение пособий на воспитание детей
- Улучшение жилищно-бытовых условий молодых семей.

- Решение вопросов безработицы
- Улучшение качества оказываемых услуг здравоохранением, в том числе особое внимание уделяется здоровью детей.
- Предоставление возможностей оздоровления в специализированных центрах.
- Активная поддержка проектов «Детства».
- Повышение уровня и качества жизни населения
- Улучшение качества подготовки педагогических кадров (в особенности для начального образования).

Таким образом, исключительная сложность решения проблем народонаселения в современном мире состоит в инерции демографических процессов, чем дольше откладывается решение этих проблем, тем больший масштаб они приобретают. У нас есть шанс справиться с этой огромной, угрожающей жизни проблемой, но только в том случае, если с ней будут бороться все люди и каждый человек в отдельности. Для этого нужно побороть и инертность в самом человеке.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Мойсеёнок Е.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра медицинской психологии и психотерапии*

Проблема избыточной массы тела и ожирения является актуальной для Республики Беларусь. По данным экспертов ВОЗ, две трети белорусов имеют избыточный вес. По полноте белорусы превосходят жителей всех стран бывшего СССР. Согласно исследованиям ВОЗ, в 63,7% мужчин и 69,9% женщин Беларуси имеют избыточный вес, а 32,2% женщин и 16,2% мужчин страдают ожирением. Вместе с тем, растет число лиц, особенно женского пола, обращающихся в клиники за помощью в коррекции избыточной массы тела.

Пациентки, страдающие экзогенно-конституциональным ожирением, имеют некоторые психологические особенности. По данным сотрудников НИИ питания РАМН [1], к основным личностным и когнитивным характеристикам женщин, страдающих ожирением, относятся доминирование тревожно-депрессивной и характерологической акцентуации, predisпозиция к психосоматическому варианту дезадаптации, перфекционизм («черно-белое» мышление, по принципу «все или ничего»), депрессивные тенденции, эмоциональная лабильность, импульсивность, нереалистичная, неадекватная самооценка, преобладание мотивации, подчиненной принципу удовольствия над мотивацией, подчиненной принципу реальности и принципу ценности, дисгармоничные индивидуальные стили познавательной деятельности. У них преобладают такие дезадаптивные защитные механизмы, как отрицание реальности и регрессия. Физическая активность тучных женщин, их общее состояние здоровья и социальные контакты (общение) значительно ограничены в связи с их заболеванием, а также доминируют такие непродуктивные стратегии совладания со стрессом, как «поиск социальной поддержки» (усилия обрести эмоциональный комфорт за счет других), «бегство-избегание» (мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные на уход от проблемы) и «положительная переоценка» (усилия по созданию положительного значения ситуации). Указанные индивидуально-психологические особенности являются факторами эмоциогенного пищевого поведения женщин с избыточной массой тела.

Как соматические, так и психологические проявления ожирения тяжело субъективно переживаются и требуют лекарственных и психотерапевтических воздействий. В этих случаях психотерапевту совместно с диетологом необходимо создавать мотивацию на преодоление зависимости от пищи и повышение качества жизни. Эти проблемы помогает решать комплексная программа клинико-психологической помощи для больных ожирением. Задачи психокоррекции при этом сводятся к повы-

шению адаптивных возможностей, актуализации и осознанию базовых потребностей, формированию адекватного самовосприятия. В ходе групповых дискуссий обсуждаются такие проблемы, как реакция на стресс, изменение структуры семьи и своего места в ней, угроза ущемления профессиональных интересов, реальное ухудшение общего самочувствия, препятствия для удовлетворения духовных и физических потребностей.

Групповая психотерапия является эффективным методом, позволяющим влиять на процессы реорганизации личностных стилей, тесно связанных с соматическим реагированием. Под влиянием психотерапии происходят изменения в самооценке, в усвоении новых стереотипов социального поведения, ориентированных на здоровье, повышается эффективность обучения больных лечебному питанию при постоянной курации диетолога.

Литература:

1. Григорьян О.Н., Гладышев О.А. и др. Психологические особенности женщин, страдающих экзогенно-конституциональным ожирением на этапе снижения массы тела // Питание и здоровье: матер. XI Всеросс. Конгресса диетологов и нутрициологов. – Москва, 2009. – С. 48–49.

БИОМАРКЕРЫ АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Мойсеёнок Е.А., Волков В.С., Мельников Н.В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей гигиены и экологии*

В числе биомаркеров состояния антиокислительной защиты организма ведущее место принадлежит группе антиоксидантных витаминов: α -токоферолу, ретинолу, аскорбиновой кислоте. Предшественник витамина А – β -каротин, – наряду с другими каротиноидами, также рассматривается как существенный антиоксидантный фактор. Роль последних в резистентности организма к вредоносным экологическим воздействиям трудно переоценить, особенно это относится к антиоксидантному статусу женщин детородного возраста, у которых окислительный стресс достаточно часто сопутствует акушерской патологии, является одной из причин патологии новорожденных. Не случайно применение антиоксидантов получило обоснование как для профилактики осложнений беременности, так и лечения фетоплацентарной недостаточности.

Обследовано 111 женщин в возрасте от 17 до 39 лет, добровольно согласившихся на участие в инвазивном исследовании уровня α -токоферола и β -каротина в плазме крови. У всех обследуемых методом анкетирования выяснялась частота потребления основных пищевых продуктов, содержащих антиоксидантные витамины, дополнительный прием поливитаминных препаратов и наличие вредных привычек, влияющих на витаминный статус. Уровень α -токоферола и β -каротина определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием вторичных стандартов плазмы, а также сертифицированных образцов [1]. В качестве справочных референтных величин использовали результаты сопоставительного анализа литературных данных: β -каротин – 0,3–0,6 и α -токоферол – 25–35 мкмоль/л [2].

Медиана значений уровня β -каротина у женщин детородного возраста составила величину 0,36 мкмоль/л, что соответствует справочной референтной величине содержания данного микронутриента в плазме крови взрослого человека, получающего сбалансированный рацион по макро- и микронутриентам. Медиана значений α -токоферола (20,86 мкмоль/л) ниже референтных значений содержания данного микронутриента в плазме крови. Низкий уровень обеспеченности α -токоферолом обследованных женщин подтвержден анализом центильных величин, которые у 75% обследованных были ниже справочных референтных величин.

Анализ частоты потребления продуктов свидетельствовал о низком, относительно рекомендуемых норм, потреблении овощей, фруктов, соков на их основе, ры-

бы и морепродуктов. Выявлена зависимость отношения α -токоферол/ β -каротин от возраста обследованных женщин, которая характеризовалась увеличением α -токоферола в плазме крови в возрастных группах 26–30 лет и старше 31 года, и относительным снижением β -каротина в данных возрастных группах. Изученные антиоксиданты имели противоположную динамику в зависимости от сезона обследования. Частота потребления рыбы и мясных продуктов способствовала увеличению уровня α -токоферола до верхних границ нормы.

Полученные результаты свидетельствуют о важной роли пищевых факторов в формировании антиоксидантной защиты организма и указывают, что соотношение важнейших ее компонентов (α -токоферол/ β -каротин) изменяется в пределах близких возрастных групп женщин детородного возраста и может рассматриваться в качестве фактора риска развития окислительного стресса.

Литература:

1. Anttolainen M. et al. Effect of extreme fish consumption on dietary and plasma antioxidant levels and fatty acid composition // Eur. J. Clin. Nutr. – 1996. – Vol. 50, № 11. – P. 741–746.

2. Мойсеенок Е.А., Альфтан Г.В., Мойсеенок А.Г. Каротиноиды и токоферолы плазмы крови как биомаркеры адекватной обеспеченности организма эссенциальными микронутриентами // Журнал ГрГМУ. – 2009. – № 3. – С. 98–102.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

Мокрая М.А., Жвалевская Т.А., Лизун Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии, педиатрии №2

Научный руководитель – д.м.н., проф. Шейбак Л.Н., к.м.н., доц. Белуга В.Б.

Известно, что беременность сопровождается выраженными физиологическими изменениями, которые необходимо учитывать при проведении анестезии, в случае оперативного родоразрешения. Кроме того, эффекты анестезии распространяются не только на беременную, но и на плод.

Кесарево сечение в последние годы стало очень распространенным вмешательством при родоразрешении (до 25%), и нередко его выполняют в условиях регионарной анестезии. Данный вид обезболивания обладает рядом преимуществ перед наркозом: значительно снижен риск медикаментозной депрессии плода, аспирации у матери, мать присутствует при рождении своего ребенка, сохраняется возможность интраспинального введения опиоидов для послеоперационных осложнений у матери. При наличии положительных сторон общей анестезии в виде быстрой её индукции, надежного обеспечения проходимости дыхательных путей и вентиляции с менее выраженной артериальной гипотонией, она имеет ряд недостатков. Так во время наркоза возможна аспирация желудочного содержимого, развитие синдрома РДС, затруднения при интубации и вентиляции, а также медикаментозная депрессия плода.

Целью данного исследования явилась оценка влияния различных методов обезболивания при операции кесарево сечение на раннюю неонатальную адаптацию новорожденных детей.

Методы исследования. Ретроспективный анализ историй развития новорожденных. Изучено 150 историй родильного отделения УЗ «ГКБСМП» г. Гродно. Оценивалось состояние и течение ранней неонатальной адаптации у новорожденных детей, извлеченных операцией кесарево сечение при использовании различных методов обезболивания (эндотрахеальный наркоз, спинальная и эпидуральные анестезии).

Результаты. После родоразрешения путем операции кесарева сечения с применением спинальной анестезии выписка родильниц с новорожденными была проведена на $1,5 \pm 0,23$ суток раньше, чем в группе с применением эндотрахеального

наркоза. Среди новорожденных данной группы не было случаев гнойно-септических заболеваний, не фиксировались случаи поступления в детскую больницу. Использование спинальной анестезии позволило обеспечить прикладывание к груди матери сразу после рождения ребенка. Раннее грудное вскармливание способствовало быстрому восстановлению массы тела новорожденного, формированию здоровой микрофлоры ребенка, снижению токсического действия билирубина. Физиологическую убыль массы тела у детей, родившихся с помощью операции кесарева сечения при спинальной анестезии, была значительно меньше, чем в случае использования наркоза ($p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, использование спинальной анестезии при родоразрешении операцией кесарева сечения способствует максимальной оптимизации течения периода ранней неонатальной адаптации у новорожденных детей, что в свою очередь дает возможность сократить экономические затраты на коррекцию и выхаживание их после рождения.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИ УСТОЙЧИВЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ И МЕТАФОРЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛЕКСИКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Москаль А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – ст. преподаватель Мишонкова Н. А.

Объектом исследования - нами была взята метафора, которая в медицинской терминологии вскрывает механизм концептуализации знаний, отражает языковую картину исследуемой области.

Предмет исследования - Метафора как терминологическая единица речевой деятельности, основа процесса индивидуального научного творчества, целью которого является представление новизны открываемого знания.

Цель работы – проанализировать и систематизировать собранные метафоры, используемые в профессиональной речи врачей. Полученный материал готов к оформлению в словарь терминологически устойчивых выражений и метафор в профессиональной лексике медицинских работников.

Всем известно, что в медицине нередко используются не строгие термины, присущие точным наукам, а образные выражения. Эти выражения не всегда могут быть понятны начинающему врачу. Но, как известно, эмоционально окрашенная информация усваивается лучше и полнее. Так, описание *болезни неотреагированных эмоций* – то же, что *гипертоническая болезнь*; *болезнь святого Лазаря* – *проказа*; *большой рот* – *макростомия*, «*бамперный перелом*» - в судебной медицине и травматологии, выражение «*амфорическое дыхание*», употребляется в пульмонологии и фтизиатрии и имеет два самостоятельных значения, которые обусловлены различиями в патогенезе заболеваний. Метафора обеспечивает более быстрое и прочное запоминание информации, необходимой врачу.

Методология исследования. В процессе работы был проработан большой объем специальной литературы, тщательно подобраны рисунки и фотографии больных с наследственными заболеваниями, нарушениями психофизического развития и аномалиями, проводилась статистическая обработка собранного материала.

Результаты работы. Результаты исследований отмечены дипломом 1 степени на конференции студентов и молодых учёных, посвящённой памяти профессора Н.И. Аринчина, УО «ГрГМУ», Гродно, 16-17 апреля 2009 г., а в 2010 г. данное исследование было представлено на Республиканский конкурс научных работ студентов высших учебных заведений Республики Беларусь и получило 2 категорию.

Значимость работы. Практическая значимость данной работы в использовании полученного материала для составления словаря метафор в профессиональной лексике медицинских работников. Словарь-справочник метафор и терминологически устойчивых выражений может помочь врачам-практикам различных специ-

альностей при описании симптомов, синдромов, заболеваний, которые встречаются в медицинской практике, а также методов их диагностики и лечения. Изучение метафор и терминологически устойчивых выражений всегда вызывает интерес, помогает выделять новую систему понятий и ценностей, способствуя тем самым полноценному овладению языком медицины.

Литература:

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. Учебник для медицинских ВУЗов. 6-е изд., М.: Медицина, 2005-С. 305.
2. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. В 3-х томах. К.: Здоровье, 2003 – С. 456.
3. Иванов О.Л. Кожные и венерические болезни. Учебник для медицинских ВУЗов. М.: Шико, 2006 – С. 408.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

Музыченко А.П.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра кожных и венерических болезней

Научный руководитель – д.м.н., проф. Барабанов Л.Г.

Рост заболеваемости розацеа, хроническое и рецидивирующее течение, сложность этиопатогенетических механизмов, отсутствие четких диагностических критериев и недостаточная эффективность существующих методов терапии определяют актуальность изучения данного дерматоза. В настоящее время имеются данные о патогенетическом значении нарушений иммунной системы при розацеа.

Цель. Выявить особенности иммунного статуса у больных различными формами розацеа.

Задачи исследования: оценить состояние иммунной системы и характер иммунных нарушений у больных розацеа.

Методы. Обследованы 86 больных розацеа (19 мужчин и 67 женщин) в возрасте от 23 до 66 лет. Эритематозно-телеангиэктатическая стадия розацеа диагностирована у 24 (28%) больных, папуло-пустулезная у 56 (65%) и у 6 (7%) – инфильтративно-продуктивная. Давность заболевания составила от 1 месяца до 30 лет. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту.

Результаты. Заболевание сопровождалось определенными изменениями со стороны клеточного и гуморального звеньев иммунитета, которые отмечались на всех стадиях болезни. В нашем исследовании выявлено достоверное увеличение общего пула Т-лимфоцитов (CD3+) в абсолютных значениях ($1,4 \pm 0,06$; $p < 0,01$) у пациентов с розацеа по сравнению со здоровыми лицами. У всех пациентов наблюдалось увеличение иммунорегуляторного индекса (ИРИ $2,6 \pm 0,13$; $p < 0,05$) в основном за счет повышения уровня Т-хелперов, что говорит о гиперреактивности иммунной системы. При оценке показателей гуморального иммунитета у большинства больных имеет место достоверное повышение продукции основных классов иммуноглобулинов (IgG $16,8 \pm 0,72$, Ig A $3,6 \pm 0,21$, Ig M $2,0 \pm 0,13$; $p < 0,05$). Нами выявлен достоверный рост ЦИК ($11,4 \pm 1,01$; $p < 0,01$), что может вызывать активацию комплемента и поддерживать воспалительный процесс. При исследовании показателей неспецифической резистентности установлено повышение фагоцитарной активности нейтрофилов ($67,8 \pm 1,07$, $p < 0,001$) и снижение лизосомально-катионного теста по сравнению со здоровыми лицами (ЛКТ $1,1 \pm 0,01$; $p < 0,001$), что свидетельствует о высокой бактерицидности фагоцитирующих клеток. Кроме того обнаружено увеличение активности комплемента (титр комплемента составил $59,8 \pm 0,6$; $p < 0,001$).

Выводы. Полученные данные подчеркивают значимую роль иммунного дисбаланса в патогенезе розацеа.

Литература:

1. Адашкевич В. П. Акне и розацеа. Ст-Петербург: Ольга, 2000. – С.132.
2. Потекаев Н.Н. Розацеа. М – Ст-Петербург: Невский диалект, 2000.

ПРИМЕНЕНИЕ χ^2 -КРИТЕРИЯ ПИРСОНА ДЛЯ АНАЛИЗА ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Мулярчик М.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – Хильманович В.Н.

Применение в медицинской практике статистических методов имеет определяющее значение для оценки результатов исследования. Однако умение правильно выбрать метод статистической обработки данных является достаточно сложной задачей не только на начальном этапе научных исследований, но, как показывает практика, и для аспирантов, и молодых ученых медицинских вузов. Именно поэтому нами была поставлена задача: показать возможность применения различных статистических критериев для различных типов выборок.

Цель нашей работы – исследовать распределение онкологических заболеваний (злокачественных опухолей) по районам Гродненской области в зоне деятельности онкологических диспансеров с 2008 по 2010 гг. с помощью χ^2 -критерия Пирсона. (Данные предоставлены УОЗ «Гродненская областная клиническая больница», статистическим отделом онкодиспансера).

Критерий χ^2 применяется для сопоставления двух, трех или более эмпирических распределений одного и того же признака. На самом деле области применения критерия χ^2 многообразны, но мы ограничиваемся только этим, наиболее часто встречающимся на практике.

Критерий χ^2 отвечает на вопрос о том, с одинаковой ли частотой встречаются разные значения признака в эмпирическом и теоретическом распределениях или в двух и более эмпирических распределениях.

Преимущество метода состоит в том, что он позволяет сопоставлять распределения признаков, представленных в любой шкале, начиная от шкалы наименований

Для исследования были выбраны сведения о состоянии диагностики злокачественных опухолей в районах и зонах деятельности онкологических диспансеров за 2008-2010 гг.

Были выдвинуты нулевая гипотеза – о том, что распределение онкозаболеваний подчиняется нормальному закону распределения, т.е. территория проживания не влияет на возникновение заболевания. Альтернативная гипотеза – о том, что распределение онкологических заболеваний отличается от нормального, т.е. концентрируется в местах, расположенных близко к «загрязненным» после аварии на Чернобыльской АЭС.

В результате проведенного исследования в зоне деятельности онкологических диспансеров по Гродненской области установлено, что распределение не подчиняется нормальному закону распределения. Вычисленные эмпирические значения χ^2 критерия больше критических значений, – значит, принимаем альтернативную гипотезу. Таким образом, для наших выборок частота встречаемости значения признака (диагностика онкологического заболевания) в районах, близко расположенных к загрязненным, не подчиняется нормальному закону распределения на уровне значимости 0,05.

Выводы. По результатам статистической обработки полученных данных можно сделать вывод, о том, что наибольшее число людей, имеющих злокачественные опухоли, выявляется в зоне работы онкологических диспансеров, расположенных близко к местам, являющихся «загрязненными», после аварии на Чернобыльской АЭС.

Литература:

1. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Сидоренко Е.В. Санкт-Петербург: Речь – 2007. – 350с.

2. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. / А.Д. Наследов. Санкт-Петербург: Речь – 2008. – 392с.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГЛАУКОНИТОВ ПАЛЬМНИКЕНСКОГО МЕСТОРОЖДЕНИЯ (Г. ЯНТАРНЫЙ)

Мухина Е.М., Моисеева Е. В.

Российский государственный университет им. И.Канта, г. Калининград, Россия

Кафедра фундаментальной медицины

Научный руководитель – к.м.н., доц. Хребтова О.М.

На курортах нашей страны используются лечебные глины, в том числе глаукониты (1). Глаукониты изучают в разных отраслях сельского хозяйства, промышленности, разработаны БАДы для птицы и животных (2). В Челябинской области ведется разработка глауконитов Каринского, Багарякского месторождений. Губернатором Челябинской области на работы по глаукониту были выделены значительные средства. В Калининградской области растет заболеваемость, ухудшается экология, поэтому мы разработали программу изучения свойств глауконита с Пальменикенского месторождения для применения его в медицинских целях. По нашему мнению, глауконит этого месторождения, в связи с наличием производных янтарной кислоты, имеет уникальные лечебные свойства. Первый этап исследования включает: изучение микробиологического состава глауконита в соответствии со стандартами Госсанэпиднадзора (3).

Цель исследования. Определение соответствия данных глауконитов санитарно-микробиологическому составу лечебных глин.

Материалы и методы. Микробиологическая оценка глауконитов проводилась в соответствии с Методическими указаниями по санитарно-микробиологическому анализу лечебных грязей №143-9/316-17 от 11.09.1989 г. При исследовании определялись следующие показатели: ОМЧ (общее микробное число); ЛКП (лактозоположительные кишечные палочки); сульфитвосстанавливающие клостридии; *P. aeruginosa*; патогенные стафилококки; энтерококки. Определение этих показателей проводилось по утвержденной методике с применением стандартного набора питательных сред.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

	Показатели					
	ОМЧ кл/г	Титр ЛКП	Титр кло- стридий	Патогенные стафило- кокки	<i>P. aerugin</i> <i>osa</i>	Энтеро- кокки
Величина допустимого уровня	5×10^5	Не менее 10	Не менее 0,1	Отсутствие в 10 г	Отсутст- вие в 10 г	Отсутст- вие в 10 г
Результаты опытного образца	Ме- нее 10	Более 10	Более 0,1	Не обнару- жены	Не обна- ружены	Не обна- ружены

Полученные результаты демонстрируют соответствие микробиологических показателей исследованного образца санитарно-нормативным показателям. Это позволяет в дальнейшем использовать глауконит в курортологии для лечения.

Литература:

1. Бальнеологическое заключение на лечебную (пищевую) глину Латненского месторождения Воронежской области от 21.11.1999 г, исх. №14/703. РНЦВМиК.

2. Собољкина О.А., Таужанова Р.М., Кузьмина Л.Н., и др. Влияние глауконита на иммунный статус кур-несушек при промышленной технологии содержания. /

Сборник 2003: Актуальные проблемы ветеринарной медицины (материалы Международной научно-практической конференции, посвященной юбилею П.С. Лазарева). – С. 93.

3. Методические указания по санитарно-микробиологическому анализу лечебных грязей № 143-9/316-17 от 11.09.1989 г.

ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОКА В СРЕДНИХ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЯХ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мышкин С.В., Мышкина Т.В., Александрович А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Пальцева А.И.

Особенности кровотока головного мозга у новорожденных, родившихся от матерей с фето-плацентарной недостаточностью (ФПН), могут послужить причиной изменения церебральной гемодинамики и структурных изменений головного мозга у новорожденных. Для предотвращения нежелательных последствий, важно своевременная диагностика нарушений мозгового кровотока. Несмотря на многочисленные исследования мозговой гемодинамики у новорожденных, в литературе отсутствуют данные об особенностях кровоснабжения правого и левого полушарий мозга.

Цель: Выявить особенности кровотока в правой и левой средней мозговой артерии у детей, родившихся от матерей с ФПН, и произвести сравнительный анализ с гемодинамикой средних мозговых артерий у здоровых детей, используя доплерографические методы исследования.

Материалы и методы: Исследование выполнялось с января 2008 года по декабрь 2010 года на базе отделения лучевой диагностики УЗ «ГОКПЦ». Основную группу составили 115 новорожденных, перенесших внутриматочную гипоксию и родившихся от матерей с ФПН (48% мальчиков и 52% девочек). Из них 90 новорожденных от матерей с компенсированной формой ФПН (группа №1) и 25 новорожденных от матерей с субкомпенсированной формой ФПН (группа №2). Контрольную группу составили 35 здоровых новорожденных (44 % мальчиков и 56 % девочек). Обследование проводилось на 2–4 сутки после рождения и включало в себя доплерографию средних мозговых артерий по следующим показателям: максимальная систолическая и конечно-диастолическая скорость кровотока, систоло-диастолическое соотношение, пульсационный индекс и индекс резистентности.

Результаты исследования показали, что при сравнении показателей максимальной систолической и конечно-диастолической скорости у детей всех трех групп был зарегистрирован более интенсивный кровоток в правой средней мозговой артерии (ПСМА) (в группе №1 в 63% случаев, в группе №2 в 82% случаев, в контрольной группе – 62%). Эти показатели имеют тенденцию к увеличению в зависимости от степени тяжести ФПН, однако статистически значимой важности не несут. Анализируя R_i , P_i и S/D , установлено, что у детей трех групп эти показатели выше в левой средней мозговой артерии (ЛСМА) (эта зависимость обратно пропорциональна изменению величин абсолютных скоростей), при этом выявлена статистически значимая тенденция к увеличению этих показателей в зависимости от степени тяжести ФПН.

Выводы: У детей, родившихся от матерей с фето-плацентарной недостаточностью, а также здоровых детей, наблюдается асимметрия кровотока в бассейне средних мозговых артерий с доминированием гемодинамики в правых отделах головного мозга. Вероятно, это обусловлено анатомическими особенностями отхождения средних мозговых артерий и физиологическими механизмами формирования межполушарной асимметрии. Результат, полученный в процессе исследования, объясняет более высокую частоту поражений структур левого полушария мозга в сравнении с правым полушарием. Использование доплеровского исследования правой и левой средних мозговых артерий позволяет выявить нарушения церебральной гемо-

динамики и своевременного назначить соответствующую терапию.

Литература:

1. Александрова, Н.К. Допплерографическая оценка нарушений мозгового кровотока у новорожденных детей в раннем неонатальном периоде: автореф. дисс....канд.мед.наук / Н.К. Александрова. – М., 1993 – 14 с.

СУБЪЕКТИВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЩАЕМОСТЬ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Мышкина Т.В., Мышкин С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.

Актуальность. Здоровье – это состояние полного физического и психического благополучия, сопровождающее активной жизнедеятельностью. Актуальность данной работы определяет тот факт, что врач является примером здоровья для каждого человека. И ведение здорового образа жизни, профилактика, своевременное и адекватное лечение заболеваний со студенческого возраста является залогом крепкого здоровья для будущих врачей.

Цель. Оценить состояние здоровья и обращаемости за медицинской помощью студентов Гродненского государственного медицинского университета путем анкетирования.

Материалы и методы. В октябре 2010 года по специально разработанной анкете опрошены 192 студента педиатрического факультета ГрГМУ (127 – первого курса и 65 – шестого), из них 172 девушки и 20 юношей.

Результаты. Большинство (54%) респондентов оценивают состояние своего здоровья, как хорошее. Два из пяти (41%) – как удовлетворительное. При этом удельный вес студентов первого курса, оценивших свое здоровье как хорошее, выше (58%), чем студентов шестого курса (47%). Основная доля опрошенных (87%) ведут либо стремятся вести здоровый образ жизни. При возникновении заболевания большинство студентов (54%) лечатся своими методами, причем студенты шестого курса в два раза чаще, чем студенты первого курса. При этом студенты первого курса в три раза чаще обращаются к врачу в поликлинику. Половина респондентов обращается в поликлинику примерно 2–5 раз в год, два из пяти – менее 1 раза. Причиной посещения поликлиники у большинства студентов (64%) являются медицинские осмотры. В два раза реже студенты обращаются за медицинской помощью. Один из десяти первокурсников обращается за профилактикой заболеваний, но студенты шестого курса с данной целью поликлинику не посещают. Обращаемость студентов к специалистам поликлиники распределилась следующим образом: терапевт – 48%, стоматолог – 18%, окулист – 15%, ЛОР – 14%, гинеколог/уролог – 13%, дерматолог – 1%. У большинства (78%) респондентов частота обращаемости в поликлинику до поступления в ГрГМУ и после не изменилась либо уменьшилась незначительно, у одного из десяти первокурсников и четырех из десяти студентов шестого курса – значительно уменьшилась в связи с применением полученных знаний, и 5% студентов обращаются за помощью к сотрудникам кафедр. Основная доля опрошенных (56%) считают, что при обращении к врачу студент медицинского университета не имеет преимуществ среди других пациентов (причем, удельный вес студентов первого курса, которые придерживаются этого мнения, в три раза выше по сравнению со студентами шестого курса). Каждый пятый из опрошенных считает, что врач относится к нему, как к будущему коллеге.

Выводы. Полученные результаты необходимо применить на практике для улучшения работы поликлиник с целью повышения качества медицинского обслуживания студентов и пропаганды здорового образа жизни.

ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ИЗ СОСУДОВ ПУПОВИНЫ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Мышкина Т.В., Мышкин С.В., Александрович А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Пальцева А.И.

Напряжение кислорода (pO_2) в артериальной крови беременных женщин выше 110 мм рт. ст., парциальное напряжение углекислого газа (pCO_2) – 30-35 мм рт. ст. Кровь с таким pO_2 и pCO_2 , по подчревным артериям притекает к межворсинчатым пространствам плаценты. К плаценте по пупочным артериям притекает смешанная венозная кровь из брюшной аорты плода, pO_2 в ней на 75-100 мм рт. ст. ниже, чем в плацентарной крови матери. Вследствие этой разности кислород диффундирует в кровь капилляров ворсинок хориона. В крови пупочной вены (т.е. в артериальной крови плода) pO_2 обычно составляет лишь 20-50 мм рт. ст. (в среднем 30 мм рт. ст.), pCO_2 – 40 мм рт. ст. При таком pO_2 гемоглобин насыщается кислородом не полностью, а лишь на 65% (от 40 до 80%). Кровью с таким содержанием кислорода снабжается лишь печень плода. Остальные его органы и ткани получают смешанную кровь, в которой содержание кислорода еще ниже. По отношению к взрослому такое напряжение кислорода соответствует тяжелой гипоксии (при pO_2 – 35 мм рт. ст. взрослый человек теряет сознание). Плод в этих условиях растет и нормально развивается.

Целью нашей работы явилось изучение КОС и газового состава крови из сосудов (артерии и вены) пуповины новорождённых детей.

Материалы и методы: С сентября 2010 года по январь 2011 было обследовано 20 младенцев от физиологически протекавшей беременности, срочных родов через естественные родовые пути. Все дети родились в головном предлежании с физическим развитием, соответствующим сроку гестации. Средняя масса новорождённых составила $3350,0 \pm 35,0$ г, длина тела $51 \pm 0,6$ см, окружность головы $35 \pm 0,3$ см. Все дети родились с оценкой по Апгар 8/9 баллов. В исследовании использовали гепаринизированную кровь, забранную из сосудов пуповины новорожденных детей до начала легочного дыхания. Забор проб артериальной (из вены пуповины) и венозной (из артерии пуповины) производили последовательно в течение 15-25 с. Исследования проводились в течение 3-4 часов после забора крови.

Результаты: в проведенных нами исследованиях разница по напряжению кислорода (ΔpO_2) в крови пупочных сосудов составила $6,9 \pm 1,09$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Значения других параметров газового состава крови: sO_2 (степень насыщения крови кислородом), cO_2 (содержание кислорода), как и показатель pO_2 , были больше в артериальной крови детей при рождении на $13,37 \pm 3,95\%$ ($p < 0,05$) и на $3,26 \pm 0,93\%$ ($p < 0,01$), соответственно, по сравнению с венозной пуповинной кровью. Не выявлено существенных различий в показателях pCO_2 , pH, HCO_3^- – (бикарбонатные ионы) и SBC (стандартный бикарбонат плазмы) в артериальной и венозной пуповинной крови. В полученных нами результатах установлено, что значения ABE (действительный избыток оснований) и SBE (концентрация буферных оснований) были на 49,6% ($p < 0,05$) и 48,1% ($p < 0,05$) больше в крови из вены пуповины.

Выводы: кровь из сосудов пуповины характеризуется определёнными отличиями кислородтранспортной функции в артерии и вене, что существенно отличает её от крови взрослого человека, что обусловлено спецификой кровотока на уровне системы мать-плацента-плод, позволяющей обеспечивать достаточное поступление кислорода к плоду для его нормального развития.

Литература:

1. Зинчук, В.В. нормальная физиология: системные механизмы транспорта кислорода / В.В. Зинчук, М.В. Борисюк, Н.А. Максимович; под ред. В.В. Зинчука. – Гродно, ГрГМУ, 2002. – 167 с.

ИЗУЧЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ И ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО И ПОСЛЕ НЕПРОНИКАЮЩЕЙ ГЛУБОКОЙ СКЛЕРЭКТОМИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ

Назарук Н.Н., Тарнопович Р.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – ассистент Солодовникова Н.Г.

Актуальность. Глаукома является лидирующей причиной необратимой слепоты в мире. В настоящее время во всем мире стали широко использовать операции непроникающего типа, что позволяет уменьшить количество осложнений в момент проведения операции и в послеоперационном периоде, качественно стабилизировать зрительные функции и показатели гидродинамики глаза.

Цель, задачи и методы исследования. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности операции непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ) у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) при различных стадиях заболевания. В задачи исследования включались оценка показателей внутриглазного давления и зрительных функций до операции и через 1 год после операции НГСЭ.

Нами был проведен анализ 56 историй болезней и амбулаторных карт пациентов с диагнозом ПОУГ 1 – 3 стадии заболевания, которым была произведена операция НГСЭ в отделении микрохирургии глаза Гродненской областной клинической больницы. Возраст пациентов от 53 до 74 лет. Всем пациентам исследовали остроту зрения, поле зрения, тонометрию, тонографию.

Результаты и выводы. В качестве критериев эффективности оперативного вмешательства нами использовались уровень тонометрического внутриглазного давления (ВГД) и зрительные функции.

Проведенный нами анализ 56 историй болезней и амбулаторных карт пациентов с ПОУГ 1 – 3 стадий заболевания позволил установить следующие результаты:

При 1 стадии ПОУГ ВГД до операции – 23-24 мм рт. ст, через 1 год – 17,2 – 19,5 мм рт. ст.

При 2 стадии ПОУГ ВГД до операции – 25,8 – 29 мм рт.ст., через 1 год – 17,6 – 18,7 мм рт. ст.

При 3 стадии ПОУГ ВГД до операции – 26,9 – 29,6 мм рт. ст., через 1 год – 19,7 – 20,2 мм рт. ст.

При исследовании остроты центрального зрения и поля зрения у пациентов с ПОУГ 1 – 3 стадией выявлено, что они остаются стабильными на протяжении 1 года с момента операции. Острота зрения осталась прежней в 47 глазах (83,9%), снижение зрения произошло в 9 глазах (16,1%).

При исследовании поля зрения отмечено следующее: границы поля зрения через 1 год остались прежними в 45 глазах (80,3 %), расширились на 5 – 7 град. в 7 глазах (12,5%).

Проведенное нами исследование и полученные результаты показывают, что операция непроникающая глубокая склерэктомия является менее травматичной по сравнению с фистулизирующими антиглаукоматозными операциями и компенсирует внутриглазное давление в 94 % случаев с 1 стадией ПОУГ, в 90 % случаев со 2 стадией, в 58,4 % случаев с 3 стадией заболевания.

Литература:

1. Анисимова С.Ю. Функциональные исходы и гипотензивный эффект непроникающей глубокой склерэктомии с использованием стойкого к биодеструкции коллагенового дренажа в зоне операции. Журнал «Глаукома» № 2, М., 2005 г., с. 36-41.

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ
В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ
ОПЕРАЦИИ В 1999 ГОДУ**

Неверко К.Н., Дрокина А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – старший преподаватель майор м/с Полуян И. А.

Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск имела следующие принципиальные особенности:

- максимальное приближение передовых этапов эвакуации к боевым порядкам войск;
- практически полное исключение из системы лечебно-эвакуационного обеспечения доврачебной помощи и минимизация объема первой помощи;
- широкое использование эвакуации вертолетами;
- сокращение сроков оказания всех видов медицинской помощи.

Первая помощь была оказана 85% раненых, из них 68,3% – санитарями, остальным – в порядке само- и взаимопомощи. Она заключалась в наложении повязки с применением ИПП, простейшей иммобилизации и введении промедола. Сроки ее оказания составили 5-15 мин от момента получения ранения.

Высокий удельный вес само- и взаимопомощи, минимизация объема первой помощи объясняются отсутствием штатных санитарных инструкторов (некомплект достигал 70% из-за отказа женщин-военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, участвовать в боевых действиях). Обязанности санитарных инструкторов выполняли военнослужащие без специальной подготовки.

Доврачебная помощь была исключена из системы лечебно-эвакуационного обеспечения по причине некомплекта среднего медицинского персонала.

Первая врачебная помощь являлась центральным видом догоспитальной помощи. Из медицинских сил и средств батальонов, штатных МПП формировались так называемые объединенные медицинские пункты, которые дополнительно усиливались одним-двумя хирургами из омедб. Медицинские пункты располагались практически в боевых порядках (200-400 м от переднего края). Одной из особенностей организации работы таких сводных медицинских пунктов являлось первоочередное развертывание вертолетной площадки.

Для оказания квалифицированной хирургической помощи был развернут 529-й медицинский отряд специального назначения СКВО. За весь период работы было принято 283 человека. Умерли 3 (1,5%) раненых. Сроки оказания квалифицированной хирургической помощи в большинстве случаев (96,8%) не превышали 2 ч.

Специализированная хирургическая помощь оказывалась в лечебных учреждениях, которые по уровню, характеру и срокам оказания помощи делились на 3 эшелона:

- 1-й: 1458-й ВГ (г. Моздок), 236-й ВГ (г. Владикавказ), 71-й ВГ (г. Буйнакск);
- 2-й: ОВКГ СКВО;
- 3-й: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко и центральные госпитали, ВМедА им. С.М.Кирова.

Основной задачей лечебных учреждений первого эшелона являлось оказание специализированной хирургической помощи раненым, подготовка их к эвакуации в лечебные учреждения второго или третьего эшелонов и лечение легкораненых. Средний срок оказания специализированной хирургической помощи в лечебных учреждениях первого эшелона составлял 1,5-2,0 ч.

Таким образом, хорошие результаты лечебно-эвакуационного обеспечения федеральной группировки войск были получены благодаря созданию четкой системы хирургической помощи, составными частями которой явились:

- прием и сортировка входящего потока раненых;

- квалифицированная и неотложная специализированная хирургическая помощь;
- своевременная эвакуация как с поля боя, так и «от себя».

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Недвецкая А.С., Ткач А.А., Галабурда О.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.

В современной медицине ультразвуковое исследование получило широкое распространение и применяется практически во всех разделах хирургии. Работы, посвященные ультразвуковой оценке течения раневого процесса после хирургического лечения гнойников мягких тканей – единичны, из-за новизны данной темы. Эти аргументы и послужили поводом для выполнения нашего исследования.

Работа основана на результатах УЗ-диагностики и оценке течения раневого процесса после хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей за период с 2007 по 2010 гг. Для диагностики использовали ультразвуковые исследования, которые выполнялись на аппарате «Aloka» с применением датчиков с частотой 3,5 МГц и 7,5 МГц.

Цель исследования. Оценка возможности применения УЗИ для динамического изучения течения раневого процесса после хирургических операций при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей.

Материал и методы. В основу работы положены результаты наблюдения за 12 пациентами, с постоперационными ранами 8 (66,7%) и потравматическими гематомами 4 (33,3%). У 2 пациентов ультразвуковая картина визуализировалась эхонегативными жидкостными образованиями шириной до 5 мм и длиной до 35 мм. Ультразвуковое заключение было сформулировано как флегмона. У 3 пациентов с посттравматическими гематомами визуализировались эхонегативные образования диаметром от 8 до 36 мм – абсцесс.

Пациентам выполнялся динамический УЗ-контроль на 3-и, 5-е, 7-е, 14-е и 17-е сутки.

Результаты исследования. На 3-и сутки у 3 пациентов полость абсцесса визуализировалась в виде неоднородного объемного гипоэхогенного образования диаметром от 1,5 до 2,5 см с единичными жидкостными включениями. На 5-е сутки визуализировались дренажные трубки, неоднородное объемное гипоэхогенное образование – полость абсцесса, диаметром от 1,0 до 1,5 см. На 7-е сутки после удаления дренажей визуализировалась остаточная полость абсцесса диаметром до 0,8 см. На 14-е сутки полостей абсцессов не определялось, больные выписывались на амбулаторное лечение. На 17-е сутки ультразвуковая картина полностью возвращалась к норме, во всех 12 случаях наступило выздоровление. Выводы. Таким образом, динамический УЗ-контроль позволяет выявить гнойно-воспалительные процессы мягких тканей на ранних стадиях, определить методику дальнейшего лечения и сократить пребывание пациентов в стационаре.

Литература:

1. Жаболенко, В.П. Ультразвуковая диагностика гнойных заболеваний мягких тканей бедра и ягодиц. Перспективные пути развития медицины в современной клинической больнице. М – Рязань – Новомосковск 2004; 252-256.
2. Сажин, В.П., Авдовенко А.Л., Юрищев В.А., Сажин А.В. Эндовидеохирургическое лечение абсцессов мягких тканей. Эндоскопическая хирургия 2004; 1:147.

МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Николаева И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И.Гельберга

Среди токсических элементов, загрязняющих окружающую среду, всё более пристальное внимание привлекают тяжёлые металлы, первостепенным из которых является свинец, по данным ВОЗ отнесённый к группе токсических металлов Т класса опасности, являющийся как вредным производственным, так и неблагоприятным экологическим фактором [1]. Свинец отличается высокой токсичностью, способностью поражать жизненно важные органы и системы организма [2].

Одновременно, несмотря на большое внимание исследователей к проблемам свинцовой интоксикации, в литературе практически отсутствуют работы по влиянию свинца на микробиоценоз кишечника, как известно, во многом определяющего состояние здоровья в целом [2].

Цель исследования. Анализ микрофлоры кишечника при острой свинцовой интоксикации.

Материалы и методы. Эксперименты были проведены на белых крысах-самках, массой 180–200 г, которые были разделены на 2 группы: 1-я – контрольная группа, во 2-й группе – крысы внутрижелудочно однократно получали раствор ацетата свинца в дозе 150 мг/кг массы.

На 5-е и 10-е сутки после поступления свинца в желудочно-кишечный тракт образцы фекалий собирали в стерильные флакончики. Готовили их десятикратные разведения в стерильной дистиллированной воде. По 0,1 мл из каждого разведения засеивали на питательные среды для определения содержания в фекалиях крыс основных представителей нормальной микрофлоры: бифидобактерий, лактобацилл, эшерихий с нормальной ферментативной активностью, условно-патогенных энтеробактерий, анаэробной и аэробной флоры, а также оценки уровня микрофлоры с выраженным газообразованием.

Результаты. Введение ацетата свинца вызывало существенные изменения состава микрофлоры в кишечнике опытных животных. Так, через 5 суток в образцах фекалий (просветная микрофлора) увеличивался титр бифидобактерий (109), больше становилось микроорганизмов с выраженным газообразованием (107) и лактозопозитивной кишечной палочки (106).

Через 10 дней дисбиотические явления усилились: наблюдается увеличение общего числа анаэробов (1010), повышается титр лактобактерий до 109, кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью в количестве 108, значительно больше становится содержание условно-патогенных лактозонегативных эшерихий (105), протей (106) и микроорганизмов с выраженным газообразованием (108).

Выводы. 1. Однократное поступление свинца в ЖКТ приводит к увеличению титра бифидобактерий, т.к. бифидобактерии являются естественными биосорбентами, и способны накапливать значительное количество соединений тяжелых металлов, фенолы, формальдегиды и другие токсические вещества, попадающие в организм хозяина из окружающей среды. 2. Дисбиотические явления со стороны ЖКТ нарастают и на 10 сутки, превышают таковые на 5 сутки после введения ацетата свинца: повышается число условно-патогенных энтеробактерий, среди которых преобладают микроорганизмы с выраженным газообразованием.

Литература:

1. Корбаков А. И., Соркина Н. С., Молодкина Н. Н., Ермоленко А. Е., Веселовская К. А. Свинец и его действия на организм. // Медицина труда и промышленная экология – 2001. – №5. – 29-34.

2. Стародумов В. Л. Дефицит нутриентов как возможное условие развития интоксикации, вызванной воздействием малых доз свинца. // Гигиена и санитария – 2003. – №3. – 60-62.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ГОРТАНИ

Новицкая Н.С., Соломонова Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Алещик И.Ч.

Актуальность. По данным белорусского канцер – регистра у мужчин рак гортани составляют 3,6%. [1]. Проблема первичной множественности злокачественных опухолей (ПМЗО) давно привлекает внимание исследователей. Риск развития второй опухоли примерно в 1,3 раза выше, чем у лиц, ранее не имевших новообразований. Частота встречаемости ПМЗО в Европе варьирует в пределах от 18 до 25%. При ПМЗО с поражением гортани чаще поражается вестибулярный отдел, реже средний или несколько отделов [2].

Цель работы: изучить особенности первично-множественных злокачественных опухолей при локализации в гортани по Гродненской области.

Материал и методы. В исследование включены случаи ПМЗО с поражением гортани среди пациентов онкологического диспансера Гродненской областной клинической больницы, находившихся на лечении в период с 2004 по 2009 год. Изучена медицинская документация 30 больных (истории болезни, амбулаторные карты). Исследовали возраст, пол, место жительства, профессию, локализацию опухоли, длительность заболевания до верификации.

Результаты. Возраст пациентов находился в пределах от 49 до 81 года (средний возраст – $63,3 \pm 2,6$ года). Болели достоверно чаще мужчины (29 (96,7%) мужчин и 1 (3,3%) женщина) ($P < 0,05$) и жители города (городских – 66,7%, сельских – 33,3%) ($P < 0,05$). По профессиональной принадлежности чаще болеют рабочие (26,7%), водители (16,6%), механизаторы (6,6%).

По срокам развития ПМЗО чаще встречаются метакронные (73,3%) процессы, синхронные – значительно реже (26,7%). Среди метакронного ПМЗО в 59,1% случаях первичной опухолью был рак гортани и в 40,9% случаях – рак другого органа. Срок появления второй опухоли после рака гортани составил $45,2 \pm 14,2$ месяца. Срок появления рака гортани в качестве второй опухоли достоверно больше ($115,2 \pm 37,3$ месяца) ($P < 0,05$).

По локализации опухоли в гортани преобладает складковый (53,3%) и надскладковый (26,7%) отделы, реже распространенные опухоли гортани (20%). Опухоли в других органах чаще встречались на коже (26,7%), в лёгком (13,3%), желудке (10%), толстом кишечнике (10%), поджелудочной железе (6,7%), миндалинах (6,7%), почках и предстательной железе (10%), другие (13,3%).

При профилактических осмотрах было выявлено 30% больных с раком гортани, в срок до 3 месяцев – 26,7% пациентов, в срок до 1 года – 20% пациентов, более 1 года – 23,3% пациентов. Второе злокачественное образование выявлено при профилактических осмотрах у 40% больных, в срок до 3 месяцев – 26,7% пациентов, до 1 года – 16,7% пациентов, более 1 года – 16,6% пациентов.

Выводы:

1. ПМЗО с поражением гортани чаще болеют мужчины, городские жители, рабочие.

2. Чаще встречается метакронное ПМЗО (73,3%) при первичном поражении гортани (59,1%) с достоверно более быстрым появлением второй опухоли.

3. Опухоль в гортани чаще локализуется в складковом и надскладковом отделах и сочетается с поражением кожи (26,7%), легких (13,3%) и желудочно-кишечного тракта (26,7%).

4. Вторая опухоль выявляется при профилактических осмотрах (30 – 40%) или при обращении пациентов до 3 месяцев от появления первых признаков (26,7%).

Литература:

1. Злокачественные новообразования в Беларуси 1998 – 2007 / Под ред. А.А.

Граковича, И.В. Залуцкого. – Минск: РНПЦ МТ. 2008. – 197 с.

2. Brzyska M. The impact of paraglottic space for laryngeal cancer spread / M. Brzyska, A. Pietrysiak, A. Kruk-Zagajewska // Otolaryngol Pol. – 2005. – 59(4). – p. 527-532.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ТИРОЗИНА И ТРИПТОФАНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ ПРИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

Новоселецкая А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Научные руководители – д.м.н., проф. Барабанов Л.Г., д.м.н., доц. Шейбак В.М.

Экзема является одним из широко распространенных дерматозов. Несмотря на проведенные многочисленные исследования по выявлению этиологических факторов и механизмов развития этого заболевания, проблема лечения экземы остается актуальной. Это определяет необходимость дальнейшего изучения отдельных звеньев патогенеза экзематозных поражений кожи, что позволит в большей степени обосновать и проводить коррекцию выявленных нарушений [1, 2].

Цель. Исследовать динамические изменения содержания предшественников биогенных аминов: тирозина и триптофана у больных экземой, получавших стандартную терапию.

Материалы и методы. В основу исследования положено обследование 48 пациентов, страдающих экземой. Данная группа больных получала лечение согласно протоколам, утвержденным МЗ РБ. В лечение включались: антибиотики при наличии микробной экземы; антигистаминные и гипосенсибилизирующие средства; энтеросорбенты; при тяжелом течении кортикостероидные гормоны; наружное (анилиновые красители, стероидные кремы и мази) и физиотерапевтическое (УФО № 5-10) лечение.

Содержание тирозина и триптофана определяли в сыворотке крови, взятой при поступлении больных в стационар и непосредственно перед выпиской после проведенного лечения. Контрольную группу составили 35 практически здоровых лиц.

Математический анализ полученных результатов проводили с использованием программы Statistica 6.0. Оценка статистической значимости различий между сравниваемыми показателями, имеющими нормальное распределение, проводилась по критерию Стьюдента (t) и представлена в виде среднего арифметического (M) и ошибки среднего арифметического (m).

Результаты. У пациентов при поступлении и при выписке из стационара обнаружено статистически значимое повышение содержания аминокислоты тирозина до $57,4 \pm 3,0$ мкмоль/л и триптофана до $51,8 \pm 3,0$ мкмоль/л (при контроле $33,4 \pm 3,1$; $42,2 \pm 3,2$ мкмоль/л соответственно), являющихся предшественниками в синтезе биогенных аминов, что можно связать с усиленным распадом белка в поврежденных клетках кожи. Причем после проведенного лечения уровень триптофана ($57,6 \pm 2,9$ мкмоль/л) достоверно превышал его уровень при поступлении в стационар, а уровень тирозина ($48,4 \pm 2,3$ мкмоль/л) был достоверно ниже, чем при поступлении, но по-прежнему его отличие от контроля было статистически значимым.

Выводы:

1. У больных экземой обнаружено статистически значимое увеличение уровней тирозина и триптофана при поступлении в стационар.

2. Применение стандартной протокольной терапии экземы не вызвало корректирующего влияния на содержание тирозина и триптофана в сыворотке крови больных экземой.

Литература:

1. Дерматовенерология: Клинические рекомендации / под ред. А.Л. Кубановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ БИОСОВМЕСТИМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОССИКУЛОПЛАСТИКИ

Новоселецкий В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – д.м.н., профессор Хоров О.Г.

В последние годы для реконструкции цепи слуховых косточек при деструктивных процессах в среднем ухе широко применяются оссикулярные протезы из различных материалов. Наиболее широко используется для протезирования среднего уха титан, который обладает высокими биоинертными свойствами, подтвержденными многими исследованиями. Недостатками протезов из титана являются их относительно высокая стоимость и малая пластичность. Поэтому актуальным остается поиск новых биосовместимых материалов для оссикулопластики.

Цель исследования – провести сравнительную оценку влияния различных материалов для оссикулопластики на некоторые биохимические показатели в эксперименте на животных.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для исследования послужили имплантаты из модифицированного сверхвысокомолекулярного полиэтилена высокой плотности (СВМПЭ) и титана. Исследования выполнены на 16 кроликах обоего пола массой 1,5-2,0 кг. Животные были распределены на 2 равнозначные по количеству особей группы по 2 серии в каждой. Оперативные вмешательства выполняли путем двусторонней имплантации образцов исследуемого материала (группа №1 – СВМПЭ, группа №2 – титан) в буллу среднего уха кролика после миринготомии, а также путем подшивания под кожу ушной раковины животного. Забор крови проводился на 60-е (1-я серия) и 90-е (2-я серия) сутки после операции. Обработка полученных результатов проводилась программой Statistica 6.0 при помощи U-критерия Манна – Уитни. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты исследований. В первой серии группы №1 (СВМПЭ, 60-е сутки) были получены следующие результаты: билирубин общий 5,20 (5,15; 5,25) мкмоль/л, АсАТ 37,89 (35,05; 40,66) Е/л, глюкоза 7,38 (6,65; 7,70) ммоль/л, креатинин 103,40 (101,45; 106,70) мкмоль/л, общий белок 62,83 (61,93; 64,40) г/л. В первой серии группы №2 (титан, 60-е сутки): билирубин общий 4,90 (4,35; 5,25) мкмоль/л, АсАТ 39,23 (37,49; 56,30) Е/л, глюкоза 8,37 (7,65; 8,86) ммоль/л, креатинин 107,85 (104,15; 118,40) мкмоль/л, общий белок 65,92 (63,62; 69,68) г/л. Статистически значимых различий нет во всех случаях ($p > 0,05$).

Вторая серия группы №1 (СВМПЭ, 90-е сутки): билирубин общий 5,40 (4,75; 5,65) мкмоль/л, АсАТ 41,25 (38,34; 52,59) Е/л, глюкоза 7,97 (6,48; 9,09) ммоль/л, креатинин 119,80 (107,55; 129,65) мкмоль/л, общий белок 73,03 (64,07; 74,18) г/л. Вторая серия группы №2 (титан, 90-е сутки): билирубин общий 5,85 (5,45; 5,90) мкмоль/л, АсАТ 44,49 (41,00; 52,92) Е/л, глюкоза 6,62 (6,17; 7,09) ммоль/л, креатинин 105,85 (103,95; 121,80) мкмоль/л, общий белок 63,31 (62,00; 67,37) г/л. Статистически значимых различий нет ($p > 0,05$).

Выводы

Результаты исследования на экспериментальных животных показали, что имплантаты из СВМПЭ влияют на биохимические показатели крови в равной степени, как и имплантаты из традиционно используемого в отохирургии титана.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ АЛГОРИТМА ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Обуховская Н. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К. Н.

Своевременная диагностика и лечение больных острым деструктивным панкреатитом остается одной из самых дискуссионных проблем ургентной хирургии органов брюшной полости. Это обусловлено возрастающим уровнем заболеваемости, увеличением доли деструктивных форм, высокими показателями летальности, а также тем, что у 50—60% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Наиболее сложными задачами являются определение степени деструкции поджелудочной железы и выбор тактики лечения.

Цель работы: улучшение результатов лечения острого деструктивного панкреатита посредством разработки и применения предложенных алгоритмов тактики, диагностики и лечения ОДП.

Материалы и методы. С 2002 по 2010 гг. в хирургическом отделении ГОКБ находились на лечении 252 пациента с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями. Все пациенты были разделены на 3 основные группы по клинικο-диагностическим критериям. Клинικο-диагностический алгоритм: клинические, лабораторные и инструментальные методы, ультрасонография, КТ, МРТ в динамике. В I группу вошли 57 пациентов с легкой формой течения заболевания, во II группу – со средней степенью тяжести (106 пациентов), в III группу – с тяжелой формой острого панкреатита (89 пациентов). Для сравнения тяжести состояния, прогнозирования течения ОДП, госпитальной летальности были использованы шкалы SAPS II, APACHE II, SOFA, которые являются адекватными прогностическими показателями степени тяжести больных ОДП. При неиспользовании шкал идет недооценка тяжести больных, что ведет к неэффективности и неадекватности лечения в районных больницах, необоснованном увеличении сроков пребывания больных в стационаре ЦРБ и развитию тяжелой полиорганной недостаточности.

Консервативная терапия становится основным компонентом лечения, и только при ее неэффективности с появлением признаков инфицирования проводится хирургическое лечение с преимущественным применением малоинвазивных и эндоскопических методов.

При анализе летальности во всех подгруппах больных ОДП выявлено, что снижение летальности происходит за счет сокращения сроков от начала лечения в ЦРБ до перевода в ГОКБ и проведения как можно раньше полноценной специализированной помощи в объеме базисная+специализированная терапия.

Выводы. Разработанные алгоритмы тактики и лечения позволили снизить общую летальность с 58,3 до 8,7 % и послеоперационную летальность – с 50 до 27%. Также с помощью разработанного и внедренного алгоритма за счет малоинвазивных и эндоскопических методов, раннего перевода из районной ЦРБ в специализированное отделение ГОКБ, раннего начала консервативной терапии (базисная + специализированная), удалось в 2010 году сократить затраты на лечение больного до 2,3 млн бел. руб. по сравнению с 2007 годом, когда затраты на лечение больного в среднем составляли 10,7 млн бел. руб.

Литература:

1. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания / С.Ф. Багненко [и др.] ; под общ. ред. С.Ф. Багненко. – СПб., 2002. – 23с.
2. Острый панкреатит: клиника, диагностика, программа комплексного лечения / Е.М.Кон [и др.]; под общ. ред. Е.М.Кона. – Пермь, 2001.- 380с.
3. Савельев, В.С. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения панкреонекроза / В.С.Савельев [и др.] // Анналы хирургии.- 2006. – №1.-С. 40-44.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА

Обуховская Н.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – ассист. Василевский В.П..

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

Цель работы – оптимизация тактики консервативного и хирургического лечения, определение объема оперативного вмешательства при остром подкожном тромбофлебите нижних конечностей любой локализации.

Материалы и методы. За последние 3 года в хирургическом отделении ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» оперированы 27 больных варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной острым тромбофлебитом подкожных вен. 16 пациентам общепризнанная флебэктомия (кроссэктомия с коротким стрипингом и иссечением тромбированных подкожных венозных структур из отдельных фокусных разрезов или тоннельным способом) были выполнены 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 сутки госпитализации) выполняли: кроссэктомию с комбинированной флебэктомией, иссечение конгломерата тромбированных вен единым блоком с окружающей подкожной жировой клетчаткой.

Результаты. В лечении больных применялась активная хирургическая тактика или ликвидация патологического процесса оперативным путем после полного купирования местного активного воспалительного процесса. Сразу после поступления в стационар больным назначалось общее и местное комплексное лечение. Основными факторами в избрании тактики и интенсивности терапии пациентов являлись локализация тромбоза и степень клинических проявлений. Наиболее активной хирургической тактики требуют больные с локализацией верхней границы тромба в большой подкожной вене на уровне паховой складки, в малой – на уровне подколенной ямки. Несколько менее ургентным патологическим статусом следует считать пациентов с распространением тромба до границы средней и верхней трети бедра. Еще более отсроченными показаниями к хирургическому лечению у больных является локализация верхней границы тромба на уровне средней трети бедра с выраженными изменениями мягких тканей в окружности тромбированной вены, что потребовало проведения лечения, направленного на его уменьшение. Основным методом хирургического лечения является выполнение операции Троянова – Тренделенбурга (кроссэктомии), Нарата, Ф.Н. Сидориной с пересечением коммуникантных вен по Линтону и Кокету, в показанных случаях обработкой варикозно-измененных вен стопы. Вместе с тем у пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии, обусловленном декомпенсацией функции сердечно-сосудистой и легочной систем, обосновано выполнение только операции Троянова-Тренделенбурга.

Выводы: Острый венозный подкожный тромбоз нижних конечностей требует соблюдения активной хирургической тактики, направленной на предупреждение распространения тромбоза на глубокие вены. 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.

Литература:

1. Сидорина, Ф.Н. Тромбофлебиты конечностей / Ф.Н. Сидорина. - М.: Медицина, 1967. - 215 с.
2. Шалимов, А.А. Хирургия вен / А.А Шалимов, И.И. Сухарев. – К.: Здоров'я, 1984.- 256с.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕФРОТОКСИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Лелюкевич И.М.

Гродненский государственный медицинский университет,
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница», Беларусь
Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций
Научный руководитель – ассист. Парфенчик И.В.

Актуальность. Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются актуальной проблемой педиатрии в связи с повсеместной распространенностью и развитием у части больных состояний, представляющих непосредственную угрозу жизни. Среди больных ОКИ, госпитализированных в отделения реанимации, ОПН выявляется у 11% детей [1]. При ротавирусной инфекции в острый период болезни часто развивается функциональная ОПН, обусловленная гиповолемией и снижением объема циркулирующей крови [2]. При сальмонеллезе ишемическое поражение почек часто усугубляется одновременным токсическим повреждением, вызванным эндотоксинами возбудителей [3].

Цель исследования. Изучить частоту и характер нефротоксических проявлений при острых кишечных инфекциях у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 83 ребенка с ОКИ, поступивших во 2 отделение УЗ «ГОИКБ». Наличие нефротоксического синдрома оценивали по следующим клинико-лабораторным показателям: в крови – по содержанию мочевины и креатинина, в моче – по содержанию эритроцитов, белка и цилиндров. УЗИ-картина оценивалась специалистом по изменениям основных параметров мочевыделительной системы больных с учетом их возраста.

Результаты. По степени проявлений нефротоксического синдрома больные ОКИ были разделены на 3 группы: 1 группа (n=39) – отсутствие проявлений нефротоксического синдрома; 2 группа (n=37) – транзиторные проявления нефротоксического синдрома (кратковременные, в течение 1-х суток, патологические изменения в анализах крови и мочи); 3 группа (n=7) – тяжелые проявления нефротоксического синдрома (наличие острой почечной недостаточности, тубулоинтерстициального нефрита, гемолитико-уремического синдрома). Отсутствие нефротоксического синдрома было почти у половины больных (47%), в то же время его проявления выявлены у большинства – транзиторные – у 44,6%, тяжелые – у 8,4%. Подтверждающими данными были исследуемые лабораторные показатели. Установлено, что самые высокие уровни мочевины и креатинина отмечены у больных 3 группы (* – $p < 0,05$ при сравнении с первой группой). В этой группе были наиболее выражены изменения в анализах мочи у детей (* $p < 0,05$ – при сравнении с первой группой). Эта группа с тяжелыми осложнениями со стороны почек представлена, в основном, сальмонеллезом – 5 детей из 7 (71,4%), у 2-х – острый энтероколит (с гемоколитом) неуточненной этиологии, что свидетельствует в пользу бактериальной этиологии кишечной инфекции.

Выводы. В острую фазу ОКИ у 44,6% детей имеет место нефротоксический синдром транзиторного течения, купирующийся на фоне регидратационной (детоксикационной) терапии в течение суток. В острую фазу ОКИ у детей в 8,4% случаев имеет место тяжелый нефротоксический синдром. Группа детей с тяжелым нефротоксическим синдромом представлена, в основном, больными сальмонеллезом, что может свидетельствовать об участии в его развитии бактериальных эндотоксинов.

Литература:

1. Воротынцева, Н.В. Гемолитико-уремический синдром у детей / Н.В.Воротынцева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 6. – С.39-42.
2. Дроздов, С.Г. Ротавирусный гастроэнтерит / С.Г.Дроздов, В.И.Покровский, Л.А.Шекоян [и др.] // М., Медицина. – 1982. – С.63-64.
3. Покровский, В.И. Сальмонеллез / В.И.Покровский, В.А.Килессо, Н.Д.Ющук [и др.] // Ташкент, Медицина. – 1989. – С.171-176.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАЗВАНИЙ БОЛЕЗНЕЙ В ОБЛАСТИ ЭНДОКРИНОЛОГИИ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Ордаш Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Волошко Т.А.

Правильный выбор термина составляет основу диагностирования состояния человека. От правильного диагностирования зависит курс лечения и, соответственно, состояние здоровья человека. Именно поэтому упорядочение и перевод терминов так важны.

Целью данного исследования явилось проведение комплексного анализа существующих в данной области терминов на уровне двух языков (русского и английского), их сравнение, выявление сходства и различия для решения таких практических задач терминоведения, как упорядочение и перевод терминов, обозначающих эндокринные заболевания. Для достижения поставленной цели в работе поставлены следующие задачи:

- провести инвентаризацию, отбор лексического материала в английском и русском языках в пределах рассматриваемых терминологических подсистем (наименования эндокринных заболеваний) для последующего описания, анализа и сопоставления;
- выявить специфику анализируемых терминов и составляющих их терминологических элементов;
- изучить семантические явления (синонимии, полисемии, омонимии), установить родовидовые отношения между терминами;
- провести комплексный эволютивный (диахронический, исторический и этимологический) анализ английских и русских терминологических единиц в области эндокринологии.

В данном исследовании за основу взят семантико-логический метод, который базируется на принципе использования словарных толкований при установлении смысловых связей слов. В работе использован метод упорядочения терминологии на основе ее инвентаризации (выделены и описаны термины) и анализа (рассмотрены дефиниции терминов, выявлены их структурные, семантические, этимологические и функциональные особенности) с точки зрения составляющих ее типов. При отборе терминов использовался прием сплошной выборки, поскольку в настоящее время не существует специального словаря терминов эндокринологии.

Анализ терминов показал, что более 70% выбранных понятий составляют терминологические словосочетания, остальные относятся к группе аффиксальных терминов, (состоящих из основы и аффикса). Также можно выделить небольшую группу терминов, образованных сложением двух и более чистых основ с суффиксом.

Требование точности термина обуславливает присутствие в научных текстах достаточно протяженных терминологических словосочетаний (они получили наибольшее распространение), не подлежащих сокращению и упрощению. Большое число английских медицинских терминов образовано аффиксальным способом с помощью греческих и латинских префиксов, суффиксов и корней. Характерной чертой английской медицинской терминологии является наличие чисто латинских и латинизированных греческих метафорических терминов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОГЛОТИТЕЛЬНО-АДСОРБЦИОННЫХ СВОЙСТВ ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Ославский А.И., Мелько Н.И., Лисовский П.Ч.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н. Кузнецов А.Г.

Известно, что одними из основных условий для снижения риска раневой инфекции и оптимального заживления ран является отсутствие избыточного количества раневого экссудата и его вторичного инфицирования. Стандартные марлевые повязки не обладают указанным свойством. Используемые в качестве раневых сорбентов различные углеродные материалы – ваулен, СКН, АУВМ, «Днепр» МН, АУТ-М, СУМС-1 (Россия, Украина, Беларусь) – имеют выраженную адгезию к раневой поверхности, низкую прочность. При использовании данных материалов происходит импрегнация частиц углеволокна в рану, что способствует ухудшению репаративного процесса и оставляет пигментацию кожи после заживления. Современные комбинированные раневые покрытия импортного производства – дорогостоящие.

Цель исследования: оценка эффективности сорбционно-марлевой повязки собственной конструкции.

Материалы и методы. Нами изготовлена комбинированная сорбционно-марлевая повязка, состоящая из двух слоев. Наружный слой – марля медицинская (2слоя). Внутренний слой – сорбент тканевый углеродный марки АУТ-М производства РУП «Светлогорское ПО «Химволокно» (Беларусь) и разрешенный к применению в медицине. Повязка может изготавливаться в виде салфеток разного размера.

Для определения поглотительной и адсорбционной способности навески испытуемых материалов массой 0,5 г выдерживали в желчи в соотношении 1:100 при комнатной температуре (18–200С) в течение 1 ч. После извлечения и стекания жидкости, через 30 сек., образцы взвешивали, центрифугировали в течение 45 мин. при 6000 об/мин. По разнице массы образцов до и после сорбции, а также после центрифугирования, определяли процент привеса.

Результаты изучения поглотительной и адсорбционной способности испытуемых материалов представлены в таблице.

Таблица – Сорбционная способность перевязочных материалов

Перевязочный материал	Поглотительная способность, %	Адсорбционная способность, %
Марля медицинская	1014,4±16,1	40,7±2,1
Углеродный сорбент марки АУТ-М (Беларусь)	884,6±19,2	49,5±2,7
Повязка комбинированная сорбционно-марлевая	937,6±18,0	47,6±2,4

Выводы. Предложенная нами повязка комбинированная сорбционно-марлевая сохраняет высокие сорбционные свойства углеродного сорбента АУТ-М, при этом поверхностный марлевый слой не вызывает импрегнации частиц углеволокна в рану.

СИНОНИМИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ

Ошмяна С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Антушевич М.Н.

Цель работы. Выявить процессы втягивания слов в поле медицинских терминов в немецком языке, установить сходства и различия данных терминов.

Для достижения основной цели решаются следующие **задачи:**

- на основе изучения опыта предшественников уточнить проблематику синонимов;

- составить примерные реестры русских и немецких медицинских синонимов;
- установить сходные и различительные черты в поле медицинских терминов русского и немецкого языков.

В работе использовались следующие **методы**:

- генерирование знания о проблеме синонимии немецком языке;
- метод интроспекции – опора на знания системы немецкого языка при выявлении сходств и различий в поле медицинских терминов;
- описательный метод – лингвистический анализ медицинских синонимов в соотношении с другими в пределах семантической зоны, систематизация объектов, их классификация, выявление тенденций в образовании синонимов;
- сопоставительный метод – выявление сходств и различий в немецких системах, применительно к медицинским синонимам.

Предмет исследования. Релятивный потенциал слов, втягиваемых в поле немецких медицинских синонимов. Под синонимами понимают слова или выражения с одинаковым или близким значением, чаще всего, принадлежащие одной части речи. В качестве критерия синонимов обычно рассматривается взаимозаменяемость: если два слова можно заменить друг на друга, то они являются синонимами. Воспользовавшись разными источниками (в частности, русско-немецким словарем), мы взяли 230 медицинских терминов. Проанализировав их, мы увидели, что 100 слов, а это 43,7 %, имеют синонимы, которые часто используются в немецкой медицинской терминологии. Более 65% синонимов латинского происхождения, 34% – древнегреческого. Происхождение около 1% синонимов не выявлено.

Вывод. Медицинская терминология – важная часть медицины любой страны. В каждой стране используются одинаковые термины, но на разных языках. Все же латинские термины употребляются во всех странах. С помощью медицинских синонимов можно более грамотно описать болезнь и симптомы – это поможет пациенту больше узнать о своей болезни.

Практическим результатом исследования явилось создание словаря синонимов медицинских терминов немецкого языка.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА МАССО-РОСТОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Павловская М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Янушко Т.В.

Дисфункция плаценты, или фетоплацентарная недостаточность, – это синдром, обусловленный физиологическими и структурными изменениями в плаценте, в результате которых плод недополучает кислород и питательные вещества, что проявляется задержкой развития и роста плода. Данная патология встречается у 17–35% беременных.

Целью нашего исследования было изучение эффекта препарата инстенон на массо-ростовые показатели новорожденных от матерей с диагностированной фетоплацентарной недостаточностью.

Материалы и методы. Клиническую группу составили 40 женщин второго и третьего триместра физиологически протекающей беременности, а также 119 беременных женщин с ХПН. Женщины с ХПН в зависимости от проводимого лечения были разделены на две группы: первую составили беременные, которым осуществлялась традиционная терапия, а женщин второй группы лечили с применением препарата инстенон. Критерием эффективности применяемой нами терапии явилась оценка влияния лечения на массу тела новорожденного и коэффициент роста новорожденного при рождении.

Результаты. При оценке результатов исследования в опытных группах и группе сравнения нами получено, что количество низковесных детей в группе жен-

щин с ХПН, получавших инстенон, не отличается от аналогичного показателя для здоровых беременных. В то же время количество родившихся детей с массой тела менее 3000 г в группе женщин, получавших традиционную терапию, более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель для здоровых беременных и матерей, получавших в период беременности инстенон.

Выводы

1. Применение инстенона в терапии лечения беременных с хронической плацентарной недостаточностью эффективнее предупреждает рождение маловесных детей по сравнению с лечением без применения инстенона.

2. Эффект применения инстенона в терапии беременных с хронической плацентарной недостаточностью максимален в сроке лечения 19–24 гестационные недели.

3. При терапии хронической плацентарной недостаточности инстенон в сроке 19–28 недель беременности масса новорожденных достоверно не отличалась от массы тела новорожденных при нормально протекающей беременности.

Литература:

1. Афанасьева Н. В., Стрижаков А. Н. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести / Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. № 2. – С. 7–13

2. Диагностика и лечение плацентарной недостаточности: учеб. пособие / О.Н. Аржанова [и др.]; под. ред. Э.К. Айломазяна; НИИ акушерства и гинекологии Рос. акад. наук, С.- Петерб. гос. ун-т.- СПб., 2004.-31 с.

3. Синдром задержки развития плода: современные подходы к фармакотерапии О.В. Макаров [и др.]; Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. № 6 – С. 15-17

4. Шаповапенко С.А. Комплексная диагностика и лечение плацентарной недостаточности у беременных на разных стадиях гестации. // Вестник Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. – 2001. – № 2. – С. 43-7

5. Diamond FB Fetal growth programs future health: causes and consequences of intrauterine growth retardation Adv Pediatr. – 2001. -№48. –С. 245-72

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Павловская М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Янушко Т.В.

Синдром задержки развития плода (СЗРП) имеет большой удельный вес в структуре причин перинатальной заболеваемости и смертности, а репродуктивные потери и затраты на комплексное лечение детей с СЗРП причиняют значительный социальный и экономический ущерб.

Целью нашего исследования был сравнительный анализ течения беременности, морфологического состояния плаценты на массо-ростовые показатели новорожденных при рождении.

Материалы и методы. Нами произведен ретроспективный анализ 222 историй родов, которые завершились рождением детей, имеющих недостаточную массу тела при рождении по отношению к их гестационному возрасту. Критерием низковесности служили масса тела новорожденного и коэффициент роста новорожденного ($\text{коэффициент роста} = \text{вес (г)} \times 100\% / [\text{длина тела (см)}]^3$). Также нами были проанализированы результаты гистологических исследований последов у данных родильниц.

Результаты. Проанализированы 222 историй родов, в результате которых родились 222 новорожденных с массой тела менее 3000 г., что составило 9% от общего числа родов, 69 (2,8%) новорожденных имели массу тела менее 2500, 8 (0,32%)

из них родились с массой тела менее 2000 г. Возраст обследованных женщин находился в пределах от 16 до 42 лет и в среднем составлял $24,3 \pm 5,2$ года. Рост обследованных колебался от 150 см до 180 см, и в среднем составил $165,7 \pm 0,43$ см. Из общего числа рожениц 93 женщины были первобеременные, 129 – повторобеременные. Гинекологические заболевания в анамнезе имели место у 138 женщин и составили 62%. Течение беременности осложнялось ранним гестозом в 35,1% случаев; поздним гестозом в 48,8%, угрозой прерывания беременности в 77,3%, истмико-цервикальной недостаточностью – 9,3%, плацентарной недостаточностью – 76,8%, в 45% случаев течение беременности протекало на фоне инфекционно-воспалительных заболеваний различной этиологии. По результатам гистологических исследований последов выявлены в 45% случаев воспалительные изменения в структуре плаценты, 35% – сосудистые морфофункциональные нарушения, в 18% случаев морфологических изменений в плаценте не выявлено.

Выводы. Гистологическое исследование плаценты является «золотым стандартом» в подтверждающей диагностике ряда осложнений, вызывающих нарушение компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать-плацента-плод, влекущих за собой внутриутробное страдание плода и, как результат, – рождение маловесных детей. Морфологическое исследование имеет огромное значение в прогнозе внутриутробного инфицирования новорожденных, своевременного проведения лечебно-профилактических мероприятий, а также прогнозирования возможных инфекционно-гипоксических осложнений при последующих беременностях.

Литература:

1. Климова, В.А. Эндотелий фетоплацентарного комплекса при физиологическом и патологическом течении беременности / В.А. Климова // Акушерство и гинекология. -2008. – №2. – С. 7-10

2. Рыбкина, Н.Л. Недоношенные дети: фетоинфантильные потери, заболеваемость, гормональные особенности периода адаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань 2000. – с.22

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Павловская М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н. Милешко М.И.

Актуальность. Венозной недостаточностью страдают около 50% трудоспособного населения Европы. Это одно из наиболее распространенных заболеваний сосудов и актуальная проблема современной ангиологии [1].

Цель. Провести анализ результатов лечения больных с хронической венозной недостаточностью, обусловленной посттромбофлебитической и варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Материалы и методы. В УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно» в период с 2004 г. по 2010 г. находилось на лечении 424 пациента с клиникой хронической венозной недостаточности нижних конечностей, обусловленной посттромбофлебитическим синдромом и варикозной болезнью. Из числа пролеченных больных – 120 госпитализированы с неосложненной формой болезни (3 и 4 стадии), 304 (71,7%) больных с декомпенсированной формой с наличием трофических язв (5 и 6 стадии). При этом у 189 пациентов диагностированы постфлебитические язвы, что составило 62,1%, у 115 (37,9%), причиной язвообразования была декомпенсированная форма варикозной болезни нижних конечностей. Пациенты были в возрасте от 39 до 89 лет, женщин было 292 (68,9%), мужчин – 132 (31,1%).

Повторно госпитализированы в связи с рецидивом образования два и более раз 170 (89,9%) пациентов. Длительность язвообразования к моменту поступления в стационар составляла от нескольких месяцев до 17 лет.

Результаты. Таким образом, анализируя вышеизложенное, следует отметить, что 71,7% больных, госпитализированных в клинику общей хирургии за 5 лет, с венозной патологией нижних конечностей, составили больные с декомпенсированными формами, при этом 68,9% из них женщины и 31,1% – мужчины.

Всем больным проведен комплекс диагностических методов, включающих клиническое обследование – выявление динамики развития заболевания, оценку анамнестических данных и клинической картины, физикальное обследование, ультразвуковую доплерографию артерий и вен конечностей.

Местно осуществляли туалет поверхности язв различными антисептиками, накладывали повязки с мазями на гидрофильной основе с целью их очищения от некротических тканей. В последующем на гранулирующие язвы накладывали мази-повязки, ускоряющие процессы пролиферации и эпителизации. Общая медикаментозная терапия включала в себя противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, ангиагреганты, венотоники, непрямые антикоагулянты. С целью стимуляции процессов эпителизации язв по показаниям гормональные препараты (дексометазоном, кеналогом). Комплекс лечения включал гипербарическую оксигенацию, УФО и лазерную фотомодификацию крови, фотодинамическую терапию с метиленовым синим, широко применяли физиолечение.

Выводы. Применение комплексной консервативной терапии при лечении декомпенсированных форм варикозной болезни нижних конечностей и постфлебитического синдрома позволяет значительно улучшить трофику мягких тканей нижних конечностей, добиться у большинства больных эпителизации трофических язв. При стабилизации гомеостаза показана хирургическая коррекция расстройств флебодинамики пораженной конечности, что позволяет предупредить рецидивирование болезни и язвообразование.

Литература:

1. Косинец А.Н., Сушко С.А. Варикозная болезнь: руководство для врачей. – Витебск: ВГМУ, 2009. – 415 с.

ВЛИЯНИЕ АМИНОКИСЛОТНОЙ КОМПОЗИЦИИ ТРИТАРГ НА УРОВЕНЬ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ В ЛИМФОЦИТАХ

Павлюковец А.Ю., Дорошенко Е.М.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии им. С.И. Гельберга*

Дополнительное энтеральное или парентеральное введение отдельных аминокислот или их смесей, помимо известных эффектов, оказывает и фармакологическое действие [1]. Независимо от пути введения аминокислот, их основными мишенями являются быстро пролиферирующие клетки, в первую очередь, относящиеся к иммунной системе. Известно, что нейтрофилы, макрофаги и лимфоциты генерируют достаточно высокие концентрации свободных радикалов, которые оказывают плейотропные эффекты. Метаболизм серосодержащих аминокислот (метионин, цистеин) является источником синтеза антиоксидантов. Некоторые из них, в частности таурин, способны модулировать продукцию цитокинов и эйкозаноидов, обеспечивающих связь между врожденным и приобретенным иммунитетом [2]. Собственно метионин важен для клеток иммунной системы, обеспечивая инициацию синтеза протеинов, в том числе и цитокинов, синтез холина (влияя на спектр фосфолипидов, участвующих в образовании плазматических мембран лимфоцитов). По-существу все продукты деградации метионина – цистеин, гомоцистеин и таурин – являются регуляторами уровня свободного внутриклеточного кальция в лимфоцитах, модулируя скорость апоптоза [3]. Целью настоящего исследования явилось продолжение изучения влияния композиции, состоящей из смеси аминокислот, под условным названием «тритарг», на уровни серосодержащих аминокислот в лимфоцитах, выделенных из тимуса и селезенки крыс.

Тритарг вводили внутривентрикулярно на 3 ч и 24 ч в дозе 35 мг/100 г массы. Оп-

ределение свободных аминокислот проводили в хлорнокислых экстрактах диализатов лимфоцитов методом обращеннофазной ВЭЖХ с о-фталевым альдегидом и 3-меркаптопропионовой кислотой с изократическим элюированием и детектированием по флуоресценции (231/445 нм). Все определения проводили с помощью хроматографической системы Agilent 1100, прием и обработку данных – с помощью программы Agilent ChemStation A10.01

В результате проведенного исследования было установлено, что после введения тритарга в лимфоцитах селезенки через 3 ч достоверно повышаются уровни таурина и метионина (в 6 и 3 раза, соответственно). Повышается и общая сумма серосодержащих аминокислот в 2, 3 раза. Повышение уровня таурина до $8,5 \pm 0,93$ нмоль/106 клеток сохранялось и через 24 ч после введения композиции. В лимфоцитах, выделенных из тимуса через 3 ч после введения тритарга, также повышаются концентрации таурина и метионина (в 7 и 5 раз, соответственно). Общая сумма серосодержащих аминокислот увеличивалась в 4,8 раза. Через 24 ч в лимфоцитах тимуса концентрации серосодержащих аминокислот регистрировались на уровне контрольных значений.

Таким образом, после введения тритарга происходят изменения концентраций серосодержащих аминокислот в лимфоцитах, выделенных из селезенки и тимуса, что может определять иммунотропные свойства данной композиции.

Литература

1. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. – N.Y.: Escom, -.1990. – 1196P.
2. Marcinkiewicz J. Prostanoids and MPO-halide system products as a link between innate and adaptive immunity // Immunol Lett. – 2003. – V.89, №2-3. – P.187-91.
3. Li, P. Amino acids and immune function./ G. Wu //British Journal of Nutrition. – 2007. – V. 98. – №8. – P. 237–252.

ВЛИЯНИЕ АМИНОКИСЛОТ АРГИНИН, ТРИПТОФАН И ТАУРИН НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ IN VITRO

Павлюковец А.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии им. С.И. Гельберга.*

Свободные аминокислоты являются не только субстратами для биосинтетических и энергетических процессов, но и важнейшими регуляторами физиологических функций. Не исключением являются и процессы, протекающие в иммунной системе. Фагоцитарная активность нейтрофилов является эффекторным звеном неспецифической клеточной резистентности. Одним из самых распространенных и простых методов оценки антимикробной резистентности организма является определение фагоцитарной активности лейкоцитов в мазках крови. Известно, что аминокислоты оказывают влияние на фагоцитарную активность нейтрофилов. Глутаминовая и аспарагиновая кислоты, треонин и валин обладают фагоцитоз-стимулирующими свойствами, тогда как глицин и изолейцин *in vitro* не влияют на процесс фагоцитоза [2]. Исследования иммуномодулирующих свойств отдельных аминокислот является важным, поскольку, как в результате введения аминокислот, так и при определенных патологических состояниях, концентрации отдельных аминокислот могут увеличиваться в 2 и более раз [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния *in vitro* аминокислот аргинина, триптофана и таурина на фагоцитарную активность нейтрофилов крови.

Определение фагоцитарной активности нейтрофилов *in vitro* проводилось в гепаринизированной венозной крови условно здоровых людей. В качестве объекта фагоцитоза использовали культуру золотистого стафилококка с титром 1,5 млрд микр. тел в 1 мл физиологического раствора. В лунки круглодонного иммунологического планшета вносили в равных объемах (50 мкл) цельную кровь и суспензию зо-

лотистого стафилококка, добавляли исследуемые концентрации отдельных аминокислот в объеме 50 мкл. Планшет инкубировали в течение 1 ч в термостате при 37°C, затем готовили мазки, фиксировали, окрашивали и проводили количественный учет реакции в расчете на 100 клеток.

В контрольной группе фагоцитарный индекс (ФИ) составил $69,4 \pm 0,8$; а фагоцитарное число (ФЧ) $5,9 \pm 0,14$. При внесении в инкубируемую среду аргинина в дозе 1 мг/мл не наблюдали существенного изменения ФИ, однако происходило достоверное повышение ФЧ до $7,3 \pm 0,2$. Внесение аргинина в количестве 0,1 мг/мл происходило достоверное повышение ФИ до $71 \pm 0,2$ и ФЧ до $7,5 \pm 0,5$. В отличие от данных, полученных при внесении в среду инкубации аргинина, добавление триптофана в концентрации 1 мг/мл приводит к достоверному снижению как ФИ, так и ФЧ (до 55 ± 3 и $5 \pm 0,2$, соответственно). Подобные изменения регистрировали и при внесении триптофана в концентрации 0,1 мг/мл – снижение ФИ до $57 \pm 0,7$, а ФЧ – до $5 \pm 0,2$. Интересно, что внесение в инкубационную среду непротеиногенной аминокислоты таурин в концентрациях 1 мг/мл или 0,1 мг/мл не приводило к достоверным изменениям ФИ и ФЧ.

Вывод. Таким образом, инкубация нейтрофилов с аргинином в концентрации 0,1 мг/мл стимулирует фагоцитарную активность нейтрофилов, тогда как использование триптофана в концентрациях 1,0 или 0,1 мг/мл, напротив, снижает фагоцитарную активность нейтрофилов. Внесение в инкубационную среду в вышеуказанных дозах таурина не оказывает влияния на изучаемые показатели фагоцитоза.

Литература.

1. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. – N.Y.: Escom, -.1990. – P. 1196.
2. Slopek, S. Tuftsin-like activity of amino acids. / S. Slopek, W. Steuden, M.Kaczmarek// Arch Immunol Ther Exp (Warsz). – 1983. – V.31, №6 – P. 915-917.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Павлюковец И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н. Савоневич Е.Л.

Переношенная беременность является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес. Ее актуальность объясняется большим числом осложнений в родах как со стороны плода, так и матери, высокой перинатальной смертностью.

Целью работы явился анализ особенностей течения переношенной беременности и родов.

Проведен ретроспективный анализ историй родов 30 пациенток с переношенной беременностью в УЗ «ГОКПЦ» за период 2009–2010 гг. Изучены особенности объективного статуса, менструального цикла, акушерский и гинекологический анамнез, осложнения настоящей беременности и родов, состояние новорожденных.

Средний срок беременности на момент родоразрешения составил 292 ± 5 дней. Средний возраст рожениц составил 26 ± 5 лет, из них 5 женщин были возрастными первородящими (16,7%). Средний индекс массы тела составил 28 кг/м^2 , у 9 женщин было ожирение (30%), у 13 женщин – избыточная масса тела (43,3%). Средняя продолжительность менструального цикла составила $28,5 \pm 7$ дней, у 4 женщин он имел нерегулярный характер (13,3%). 11 пациенток (36,7%) были первобеременными первородящими, 5- повторнобеременными, но первородящими (16,7%), 14 – повторно-родящими (46,7%). У 8 женщин в анамнезе был аборт (26,7%), у 5 женщин – самопроизвольный выкидыш (16,7%). Эрозию шейки матки лечили 15 пациенток (50%), дисфункция яичников имела место у 2 (6,7%), воспалительные заболевания – у 4 (13,3%). Течение настоящей беременности осложнилось угрозой прерывания у 8 пациенток (26,7%), плацентарной недостаточностью – у 9 (30%), поздним гестозом – у

8 (26,7%). При госпитализации в перинатальный центр у 18 беременных отсутствовали признаки зрелости шейки матки (60%), двоим из них интрацервикально были введены палочки ламинарии (7%). Предполагаемая масса плода накануне родов составила: до 3000 г у 2 женщин (3%), от 3000 г до 4000 г – у 19 (67%) и более 4000 г – у 9 (30%). По результатам УЗИ накануне родов маловодие было диагностировано у 6 женщин (20%), многоводие – у 1 (3%), III степень зрелости плаценты имела место у 22 женщин (74%), II-III степень – у 7 (23%), II – у 1 (3%), признаки гипоксии плода выявлены у 3 беременных (10%).

При анализе течения родов установлено, что у 8 пациенток (26,7%) развилась самопроизвольная родовая деятельность, 22 женщинам проводилась индукция родов: амниотомия (27%) и родовозбуждение простином (47%). Преждевременное излитие околоплодных вод имело место у 2 беременных (7%), раннее – у 9 (30%). Кесарево сечение выполнено в экстренном порядке 4 женщинам (13%) в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, первичной слабостью родовых сил, не поддающихся медикаментозной коррекции (в двух случаях), выпадением петель пуповины. Эпизиотомия в родах была выполнена 11 роженицам (37%). Средний объем кровопотери в родах составил 392 мл, у пяти женщин в родах была патологическая кровопотеря. Осложнения в послеродовом периоде отсутствовали. У 13 новорожденных были признаки перезрелости (43%), такие как: плотные кости черепа (37%); узкие швы и роднички (3%). Легкая степень гипоксии имела место у 3 новорожденных (10%). Средний рост новорожденных составил 53 ± 2 см. Масса тела детей при рождении составила до 3000 г – у 2 (7%), от 3000 г до 4000 г – у 26 (86%) и более 4000 г – у 2 (7%).

Выводы. Переношенную беременность следует рассматривать как патологическое явление, обусловленное определенными причинами, зависящими от состояния организма как матери, так и плода. В случае переношенной беременности индукция родовой деятельности явилась эффективным методом родоразрешения через естественные родовые пути у большинства женщин и минимизировала неблагоприятные последствия для ребенка.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ELECTRONICS WORKBENCH ДЛЯ ВИРТУАЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО ПРАКТИКУМА ПО МЕДИЦИНСКОЙ ЭЛЕКТРОНИКЕ

Панасюк Е.Г., Лагода А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – ст.преп. Лукашик Е.Я.

Современные компьютерные технологии позволяют создать виртуальный лабораторный практикум, который в условиях дефицита приборной и элементной базы дает возможность эффективно изучать предмет.

Одним из наиболее наглядных и представительных примеров реализации концепции виртуального инструмента по электронике является программный продукт Electronics Workbench, предназначенный для моделирования и анализа электронных схем.

При создании электронной схемы Electronics Workbench (EWB) позволяет: выбирать, перемещать элементы и схемы в любое место рабочего поля, копировать, вставлять или удалять элементы, фрагменты схем, одновременно подключать несколько измерительных приборов и наблюдать их показания на экране монитора, присваивать элементам условные обозначения, изменять параметры элементов.

Панель инструментов EWB состоит из кнопок запуска и приостановки схем, набора радиоэлектронных аналоговых и цифровых деталей, индикаторов, элементов управления и инструментов.

Исследуемая схема собирается на рабочем поле с использованием мыши и клавиатуры. При построении и редактировании схем выполняются следующие операции: выбор компонента из библиотеки, компонентов выделение объекта, переме-

щение объекта, копирование объектов, удаление объектов, соединение компонентов схемы проводниками, установка значений компонентов, подключение измерительных приборов.

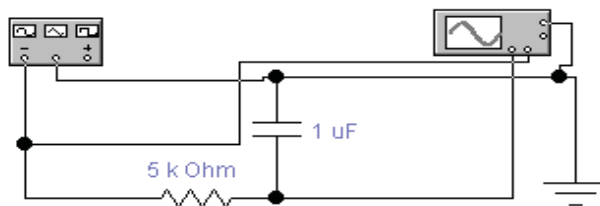


Рис.1

В качестве примера рассмотрим преобразование сигнала интегрирующей цепью. Схема содержит генератор, двулучевой осциллограф, интегрирующую цепь (рис. 1). С помощью генератора можно менять форму сигнала, амплитуду, частоту сигнала подаваемого на интегрирующую цепь, а на экране осциллографа наблюдать одновременно входной и выходной сигналы и определять их параметры.

При использовании программы создается впечатление, что работаешь с реальной схемой и приборами, затрачивая минимум времени на сборку виртуальной схемы. Разработаны базовые схемы, используемые в лабораторных работах: изучение цепей переменного тока, моделирование сопротивления биоткани для постоянного и переменного тока, электрические измерения неэлектрических величин, определение амплитудной и частотной характеристик усилителя электрокардиографа, изучение принципа работы интегрирующей и дифференцирующей цепей, мультивибратора с помощью электронного осциллографа, изучение принципа работы генератора гармонических колебаний.

Итак, виртуальную лабораторию можно рассматривать как инструментарий, используемый для эффективного интерактивного взаимодействия пользователя со средой моделирования. Виртуальная лабораторная работа по методике близка к реальной и требует измерений при помощи виртуальных приборов. Обучающиеся студенты могут активно влиять на ход эксперимента, немедленно получая результаты.

СОСТОЯНИЕ СЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ ПОСЛЕ ЛАЗЕРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Парамонова Р.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра офтальмологии

Научный руководитель – ассист. Кринец Ж.М.

Актуальность. В последние годы в экономически развитых странах диабетическая ретинопатия (ДР) стала лидирующей причиной слепоты среди населения трудоспособного возраста.

К стандартным методам лечения диабетической ретинопатии относятся: лазер- и криокоагуляция сетчатки, витрэктомия, медикаментозная терапия, способствующие улучшению микроциркуляции и трофики сетчатки. Обязателен также тщательный контроль гликемии. Однако за исключением лазеркоагуляции сетчатки, которая в настоящее время является ведущей методикой в лечении пролиферативной диабетической ретинопатии, остальные методы не снижают риск наступления слепоты.

Цель исследования: дать сравнительную характеристику состояния сетчатки у больных диабетической ретинопатией после лазерохирургического лечения.

Методы и объект исследования. На базе УЗ «ГОЭД» было обследовано 164 больных, находящихся на учете по поводу сахарного диабета. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы: основную – 26 (16%) пациентов, которым применяли лазерокоагуляцию сетчатки и группу сравнения – 138 (84%) больных с диабетической ретинопатией (ДР), которым была рекомендована

коррекция инсулинотерапии, назначение витаминных комплексов, а также ретинопротектор – эмоксипин. Всем больным выполняли определение остроты центрального зрения, прямую и обратную офтальмоскопию.

Результаты исследования. При анализе амбулаторных карт установлено, что среднетяжелое течение СД было зарегистрировано у 75 пациентов (45,7%), из них – 14 женщин и 61 мужчина, средний возраст в данной группе составил $37,2 \pm 1,2$ года, продолжительность заболевания составила $8,4 \pm 0,6$ года. Тяжелое течение сахарного диабета было отмечено у 89 пациентов (54,3%), из них – 25 мужчин и 64 женщины, средний возраст в данной группе составил $45,2 \pm 1,02$ года, длительность заболевания составила $14,5 \pm 0,8$ лет. Из представленных данных видно, что тяжелое течение сахарного диабета чаще наблюдалось у женщин, что, возможно, связано с физиологическими особенностями женского организма – изменением гормонального фона 2 раза в месяц, беременностью и родами.

Картина глазного дна до операции выглядела следующим образом: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии узкие (или склерозированы); по ходу вен разновеликие геморрагии и микроаневризмы, отложения «твердых» и «мягких» экссудатов; в макулярной зоне – дистрофические очаги; неоваскуляризация на периферии (или в заднем полюсе) сетчатки. Лазерокоагуляция сетчатки была проведена 26 пациентам основной группы (2 с непролиферативной ДР, 17 – с препролиферативной стадией, у 7 была пролиферативная стадия ДР).

После лазероблока состояние глазного дна: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, вены извиты, полнокровны, микроаневризмы, разновеликие геморрагии по ходу вен, очаги лазерокоагуляции. При динамическом наблюдении через 3 и 6 месяцев установлено, что использование лазерокоагуляции приводило к повышению остроты зрения у пациентов I группы, относительно данных, полученных в группе лиц, получавших стандартную схему лечения.

Выводы. Данный метод лечения позволяет достичь более высоких и стабильных функциональных результатов у пациентов с ДР в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с консервативными методами.

IV ИНТЕРНЕТ-ОЛИМПИАДА В ГОД ЮБИЛЕЯ АНТОНА ПАВЛОВИЧА ЧЕХОВА

Парфёнова Е.

*Ульяновский государственный университет
Институт медицины, экологии и физической культуры, РФ*

Медицинский факультет

Научный руководитель – доц. Тихонова Л.М.

Решение о проведении первой Всероссийской олимпиады по латинскому языку и основам терминологии в 2007 году на базе Ульяновского государственного университета (УлГУ) было принято на Всероссийской учебно-научно-методической конференции заведующих кафедрами (курсами) латинского языка и основ терминологии «Научные и методические проблемы медицинской и фармацевтической терминологии» (г.Курск, 2006 год). Подготовка и проведение олимпиады было поручено доценту, Заслуженному учителю России Лилии Михайловне Тихоновой. Поскольку XXI век – век информационных технологий, разрабатывается Интернет-Олимпиада. С тех пор на базе Регионального Центра Телемедицины УлГУ проведено четыре Интернет-Олимпиады, получившей статус международной. Количество ВУЗов России, Белоруссии, Украины, Казахстана и студентов-участников Интернет-Олимпиады с каждым годом становится больше. Олимпиада охватила более 30 медицинских и фармацевтических вузов, а количество участников подходит к тысячи. Издано 5 сборников «Олимпиада по латинскому языку и основам медицинской терминологии – важная составляющая качества образования в XXI веке», одному из которых присвоен гриф УМО, в другом – варианты олимпиад, проводимых ВУЗами России и СНГ. Варианты вопросов Интернет-Олимпиады готовятся преподавателями различных ВУЗов по решению Проблемной учебно-методической комиссии (г.

Москва) под председательством доктора филологических наук, профессора Валентины Фёдоровны Новодрановой по специальностям: лечебное дело, стоматология, фармация, педиатрия и медико-профилактическое дело. В разработке вариантов принимают участие заведующие кафедр и преподаватели медицинских и фармацевтических академий и университетов, в том числе Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск, Цысик Андрей Зиновьевич. Вопросы гуманитарного аспекта разработаны профессором Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова Генриеттой Николаевной Ивановой.

Интернет-Олимпиада вызывает большой интерес у участников. Победители и преподаватели, готовившие студентов, награждаются Дипломами и Грамотами. Ежегодно в олимпиаде используется юбилейный материал. 2010 год – год 150-летия со дня рождения замечательного писателя-врача Антона Павловича Чехова. Материал, который входил в вариант IV Интернет-Олимпиады, составил Олехнович О.Г., кандидат филологических наук, доцент кафедры иностранных языков Уральской государственной медицинской академии (г. Екатеринбург).

Литература:

1. Олимпиада по латинскому языку и основам медицинской терминологии – важная составляющая качества образования в XXI веке. / Тихонова Л.М., Горбунов В.В., Савельева Н.Н., Цысик А.З., Олехнович О.Г., Лящев А.Л. – Ульяновск: Издательство «Вектор -С», 2010. – 376с.: илл.

2. ru.wikipedia.org/wiki/Чехов,_Антон_Павлович

3. www.antonchegov.org.ru

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Парханович В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – ассист. Волкова О.А.

Бронхиальная астма является одной из актуальных проблем современной педиатрии. Несмотря на то, что в последние годы разработаны национальные программы по ее диагностике и лечению, заболевание остается серьезной глобальной проблемой для систем здравоохранения многих стран мира [1]. В структуре инфекционных болезней у детей удельный вес острой респираторной инфекции (ОРИ) достигает 90%. В большинстве случаев (90-95%) возбудителями ОРИ являются вирусы (наиболее часто – вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус, респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус), риновирус, реовирус, коронавирус, энтеровирус и др.). Бактерии (пневмококк, стрептококк, гемофильная палочка, моракселла, стафилококк и др.) играют роль в этиологии 6-10% случаев ОРИ, поэтому вопрос о том, стоит ли вообще применять эмпирическую терапию антибактериальными препаратами, совершенно закономерен. По данным некоторых исследований частое, необоснованное применение НПВС и антибактериальных препаратов может провоцировать развитие бронхиальной астмы (БА) у детей.

Цель исследования – проанализировать и обобщить данные о применении антибактериальных препаратов и НПВС у детей, страдающих бронхиальной астмой в раннем детском возрасте.

В ходе исследования были проанализированы 102 амбулаторные медицинские карты детей, страдающих БА за 1992-2010 гг. Все дети являются уроженцами г. Гродно. Из них 64% были мальчики, 36% – девочки. Средний возраст на момент исследования – 11,3 года. Все дети страдали аллергической формой БА. У 36% наблюдалось легкое интермиттирующее течение заболевания, у 18% – легкое персистирующее, у 42% – среднетяжелое, у 4% – тяжелое. Средний возраст возникновения первых эпизодов обструкции – 1 год 9 месяцев, средний возраст постановки диагноза – 6 лет 7 месяцев. Длительность заболевания колеблется от 1 до 12 лет, в среднем

– 3 года 9 месяцев. На диспансерном наблюдении в качестве часто болеющих детей (ЧБД) находилось 66% детей. Острые аллергические реакции на прием медикаментозных препаратов отмечались у 12% пациентов. Отягощенная наследственность имела у 32% пациентов. На грудном вскармливании находилось 82% детей, средняя продолжительность составила 5,7 месяцев.

На первом году жизни антибактериальные препараты применялись у 84% детей, наиболее часто использовались препараты пенициллинового ряда (62%), аминогликозиды (22%), цефалоспорины (12%), линкомицин (12%). На втором году жизни антибиотики назначались у 90%, из них наиболее широко пенициллины (78%), преимущественно ампициллин и амоксициллин, аминогликозиды (46 %), цефалоспорины (36%), линкомицин (26%). На третьем году антибиотики были назначены 94% детей, наиболее часто пенициллинового ряда (82%), цефалоспоринового ряда (50%), аминогликозиды (38%) и линкомицин (22%). НПВС применялись также широко, на первом году жизни у 84% детей, на втором – у 92%, на третьем – у 94%. Чаще всего назначался парацетамол, на первом году – в 64% случаев, на втором – в 72% и на третьем – в 76%.

Таким образом, широкая распространенность ОРИ среди детей и нерациональная и необоснованная терапия антибактериальными препаратами и НПВС в раннем возрасте могут являться одними из основных провоцирующих факторов развития бронхиальной астмы у детей.

Литература:

1. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. – Минск: Доктор Дизайн, 2006. – 76 с.

ПРИЧИНЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Парханович В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – к.м.н., доц. Заборовский Г.И.

Здоровье детского населения во многом определяется распространенностью заболеваний, которые усугубляют и без того сложную демографическую ситуацию в стране [1,2]. Изучение уровня и состава госпитализированных позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую заболеваемость населения. Одновременно эти данные служат источником сведений о качестве медицинского обслуживания и исходной позицией формирования оптимальных вариантов организации медицинской помощи детям [3].

Целью данного исследования по этой причине явилось изучение заболеваемости детского населения, явившейся причиной госпитализации.

Материал и методы. Исследованию подвергнуты все случаи госпитализации детей за 2009 год в хирургическое отделение. Базой исследования определена больница скорой медицинской помощи одного из городов республики. Первичной медицинской документацией послужили «Статистические карты выбывшего из стационара», откуда производилась выкопировка предусмотренных программой исследования признаков на специально разработанные бланки.

Результаты исследования. Средний возраст госпитализированных в детское хирургическое отделение больницы составил $7,4 \pm 0,3$ года. Большинство детей (32,7%) пребывали в младшем школьном возрасте (7–11 лет).

Абсолютное большинство детей (87,4%) доставлено в стационар по экстренным показаниям. Причем, почти каждый второй поступил по направлению скорой помощи, каждый четвертый направлен врачами детской поликлиники, каждый пятый – без направления и предварительного диагноза. Остальные направляются врачами диспансеров, травмопункта, детской больницы.

Основной патологией, явившейся причиной госпитализации в детское хирургическое отделение были болезни органов пищеварения (56,9%), отличаясь по полу (мужчины – 53,3%, женщины – 61,5%, $P < 0,01$).

Вторая позиция в структуре причин госпитализации детей принадлежит травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних причин (12,4%). Третье и четвертое место по убывающей занимают болезни органов дыхания (11,2%), болезни кожи и подкожной клетчатки (9,7%).

Фактически эти четыре класса болезней являются причиной 90,2% всех госпитализаций детей в хирургический стационар, и лишь каждый десятый случай в совокупности приходится на болезни мочеполовой системы, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, прочие заболевания.

Установлена сезонность поступления детей в стационар. Различие интенсивности поступления в хирургическое отделение в весенне-летний период года превышает аналогичный показатель в осенне-зимнее время на 23,7%. Еще существеннее это различие при болезнях системы кровообращения (на 147,2%), болезнях органов дыхания (на 75,5%) и несчастных случаях (на 75,4%).

Из всех поступивших в детское хирургическое отделение стационара 11,8% переведены в другие организации здравоохранения (детская больница, инфекционная больница, ожоговый центр, реанимационное отделение и др.).

Исходом лечения в исследуемом отделении в 87,2% случаев явилось выздоровление, в 1,0% улучшение состояния здоровья.

Таким образом, использование полученных в ходе исследования результатов, характеризующих роль отдельных факторов в формировании уровня и структуры госпитализации детей в хирургическое отделение, будет способствовать повышению качества медицинской помощи детям с данной патологией.

Литература:

1. Борисенко, В.В. Профилактическая работа с детьми из групп медико-социального риска / В.В.Борисенко // Росс. педиатр. журнал. – 2005. – № 6. – С.52-55.
2. Кудряшова, Л.В. Социально-гигиенические аспекты здоровья детей раннего возраста и пути его улучшения /Л.В.Кудряшова //Вестник РГМУ. – 2010. – №5. – С.76-79
3. Полунина, Н.В. Состояние и проблемы подготовки педиатров на современном этапе /Н.В.Полунина //Здравоохранение. – 2007. – №7. – С.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЦИДУАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПЛАЦЕНТЫ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Патриляк К.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор Мацюк Я.Р.

Исследование механизма неблагоприятных воздействий холестаза беременных на развивающееся потомство является, несомненно, актуальным [1]. Экспериментально установлено, что холестаз удлинняет сроки беременности, задерживает физическое развитие родившегося потомства, нарушает тканевой гомеостаз, тормозит структурную и цитохимическую дифференцировку органов [2,3]. Некоторые авторы предполагают, что немаловажную роль в этом занимает развитие фетоплацентарной недостаточности [4]. Однако имеющиеся в этом плане данные немногочисленны и не лишены противоречий. В связи с вышеизложенным, используя морфологические и морфометрические методы, была предпринята попытка изучить воздействие холестаза, экспериментально вызванного на 17 сутки беременности крыс, т.е. в период интенсивного фетогенеза на количественные и гистологические свойства децидуальных клеток материнской части плаценты.

Исследования проведены на 14 беременных крысах массой 180-210 г. 8 из которых на 17 сутки беременности вызывали подпеченочный обтурационный холестаз

(опыт). 6 крыс, у которых в этот срок производилась лишь лапаротомия, служили контролем. На 19 сутки беременности опытных и контрольных крыс умерщвляли парами эфира, забирались плаценты и после фиксации в жидкости Карнуа, заключали в парафин.

Установлено, что у опытных крыс масса плацент на 19 сутки беременности незначительно снижена. У них меньшая толщина спонгиозного слоя материнской части плаценты, несмотря на то, что кровеносные сосуды в ней чрезмерно расширены и полнокровны. Уменьшено на поле зрения микроскопа ($\times 100$) число децидуальных клеток ($6,0 \pm 2,0$ клетки при $11,0 \pm 2,0$ в контроле, $p < 0,001$). Последние в отличие от таковых в контроле имели меньшие размеры и отличались полиморфизмом. Размеры их ядер, наоборот, увеличены. Оксифильные свойства цитоплазмы децидуальных клеток снижены. Последняя, как и кариоплазма, подвержены выраженному процессу микровакуолизации. В ядрах глыбки хроматина становятся крупноглыбчатыми, а ядрышки приобретают гомогенную консистенцию без отчетливо выраженных фибриллярного и гранулярного компонентов. Помимо этого, многие децидуальные клетки подвергались лизису клетками мелкоклеточной инфильтрации, развивающейся из сосудов мышечной оболочки матки, среди которой встречались сегментоядерные нейтрофилы. В цитоплазме таких структурно измененных децидуальных клеток появлялись отложения гликопротеинов и гликогена, что свидетельствует об изменениях их функциональной активности.

Таким образом, установлено, что холестаза беременных оказывает неблагоприятное влияние не только на структуру плаценты, но и ее децидуальные клетки, вызывая уменьшение их количества развивая при этом деструктивные изменения.

Литература:

1. Гудинович, С.Я. Неблагоприятное для матери и потомства последствия обтурационного холестаза / С.Я. Гудинович, Я.Р. Мацюк // Акт. вопр. перинатал.: мат. науч.-практ. конф., Гродно, 24-25 ноября 2005. – Гродно, 2005. – С. 93-97.

2. Мацюк, Я.Р. Морфофункциональные особенности женской репродуктивной системы крысят в условиях холестаза, вызванного в период фетогенеза / Я.Р. Мацюк, С.Я. Гудинович, Л.С. Кизюкевич // Весці НАНБ. Сер. мед. навук. – 2008. – №2. – С. 99-104.

3. Мацюк, Я.Р. Воздействие холестаза у беременных крыс на морфофункциональные свойства семенников потомства / Я.Р. Мацюк, О.В. Барабан, С.В. Емельянчик // Весці НАНБ. Сер. мед. навук. – 2010. – №1. – С. 11-17.

4. Криницына, Л.А. Репродуктивное здоровье женщины: межвуз. сб. науч. ст. / Л.А. Криницына, Л.А. Смирнова, Е.Ю. Великовская. – Петрозаводск, 2000. – С. 127-132.

АНАЛИЗ УРОВНЯ ИНТЕРФЕРОНА–ГАММА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИКЛОФЕРОНОМ

Пигалкова Л.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – ассист. Демидик С.Н.

Актуальность: Туберкулез относят к цитокин-зависимым иммунодефицитам. Вирулентные штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ) способны прямо и/или опосредованно, через стимуляцию продукции цитокинов усугублять иммунную недостаточность, определяя неблагоприятное течение туберкулезной инфекции. Важную роль в механизме противотуберкулезного иммунитета принадлежит интерферону-гамма (ИНФ- γ). Экспериментальными исследованиями показано, что недостаточная продукция ИНФ- γ ведет к неспособности организма ограничить рост и размножение внутриклеточных МБТ [1, 2]. Циклоферон является низкомолекулярным индуктором синтеза интерферонов в организме.

Цели и задачи. Изучить и провести анализ влияния циклоферона на концентрацию ИНФ- γ в сыворотке, клиническую эффективность комплексной терапии.

Методы исследования. В исследование включались пациенты с распространенными формами туберкулеза легких. У всех пациентов определялась концентрация ИНФ- γ в сыворотке методом иммуноферментного анализа. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов.

Результаты и выводы: Проведена оценка влияния циклоферона на концентрацию ИНФ- γ в сыворотке у пациентов с распространенными формами туберкулеза легких ($n=28$, основная группа – ОГ), из которой 69% составили мужчины. Средний возраст обследованных $36,5 \pm 4,2$ года, из них 49,3% в возрасте до 40 лет. Среди клинических форм преобладали пациенты с инфильтративным туберкулезом 74,6%. Бактериовыделение определялось у 76%. Отмечался высокий процент пациентов с лекарственной устойчивостью 72,2%, среди них с МЛУ 46,3%. Деструктивные формы туберкулеза выявлены у 74,1% пациентов ОГ. Циклоферон 125 мг/мл по 2,0 мл назначался в первые 2 недели после поступления в стационар внутримышечно 1 раз в сутки по следующей схеме, всего 15 инъекций. 29 пациентов составили группу сравнения (ГС). Обследованные обеих групп существенно не отличались по возрастному и половому составу, и по характеристике туберкулезного процесса, по режимам этиотропной противотуберкулезной терапии.

Всем пациентам определялась концентрация ИНФ- γ в сыворотке до лечения и через 2 месяца. Для сравнения этот показатель определялся у пациентов с очаговым туберкулезом (малая форма туберкулеза легких) и у здоровых людей.

Установлено, что при очаговом туберкулезе исходная концентрация ИНФ- γ в сыворотке в 1,2 раза выше, чем у здоровых, а при распространенных формах в ОГ и ГС – 2,5 раза ниже. На фоне химиотерапии в группах отмечаются различные темпы роста концентрации ИНФ- γ . Через 2 месяца его концентрация в ОГ возросла в 9 раз, а в ГС лишь в 4 раза. Анализ индивидуальной динамики концентрации ИНФ- γ в ОГ и ГС показал, что его увеличение наблюдалось в основной группе у 60%, а в группе сравнения лишь у 23,8% обследованных.

Заключение: Применение циклоферона в комплексном лечении пациентов с распространенными формами туберкулеза легких и МЛУ, при исходно низкой концентрации ИНФ- γ , привело к повышению его уровня у 60% пациентов. В группе сравнения лишь в 23,8%, что позволило добиться повышения эффективности стационарного лечения.

Литература:

1. Туберкулез. Особенности клинического течения и возможности фармакотерапии на современном этапе : рук. для врачей / А.К. Иванов [и др.] ; под общ. редакцией А.К. Иванова, М.Г. Романцова. – 2-е изд. – Санкт-Петербург: Тактик-Студио, 2010. – 184 с.
2. Характеристика специфического иммунного ответа и продукция цитокинов мононуклеарами крови больных разными формами туберкулеза легких / Б.Е. Кноринг [и др.] // Медицинская иммунология. – 2001. – Т.3. – №1. – с.61-68.

РОЛЬ КВАНТИФЕРОНОВОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ M.TUBERCULOSIS ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЁТЕ У ФТИЗИАТРА

Пигалкова Л.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра фтизиатрии

Научный руководитель – ассист. Чалая Е.В.

Проблема туберкулеза в настоящее время остается актуальной в нашей стране и мире, несмотря на комплекс проводимых противотуберкулезных мероприятий. В нашей стране методом раннего выявления первичного инфицирования, а также заболевания туберкулезом у детей и подростков является туберкулинодиагностика. Од-

нако в последнее время широко обсуждается вопрос о целесообразности использования туберкулинодиагностики для массового обследования детей и подростков в связи с имеющимися данными о недостаточной специфичности теста [1]. При проведении туберкулиновой пробы в условиях массовой вакцинации БЦЖ невозможно достоверно установить уровень инфицированности детей МБТ, отличить поствакцинную аллергию от инфекционной [2]. В настоящее время все большую популярность во всем мире приобретает квантифероновый тест для диагностики латентной туберкулёзной инфекции. Его преимущества по сравнению с туберкулинодиагностикой (пробой Манту): выполнение теста *in vitro*; более высокая специфичность используемых антигенов ESAT-6, CFP-10 и TB7.7; получение результатов в течение 1 суток.

Целью данного исследования явилось изучение роли квантиферонового теста в диагностике инфицирования микобактериями туберкулеза у детей и подростков Гродненской области, состоящих на диспансерном учёте в противотуберкулёзном диспансере.

Исследование проводилось с помощью тест-систем QuantiFERON-TB Gold In Tube (Cellestis, Австралия). В основе метода лежит количественное определение γ -интерферона (γ -ИФ), вырабатываемого Т-лимфоцитами в ответ на стимуляцию пептидными антигенами, имитирующими белки *M. tuberculosis*. После забора крови для проведения квантиферонового теста всем вышеуказанным детям и подросткам выполнена проба Манту с 2 ТЕ PPD по общепринятой методике.

Обследовано 36 детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет. Среди них 10 (27,8%) наблюдались как контактные лица с больными туберкулезом – группа 1, остальные 26 (73,2%) – с выражом туберкулиновой реакции – группа 2. Все дети вакцинированы БЦЖ однократно при рождении. Положительный результат квантиферонового теста выявлен у 9 детей, что составило 25% от общего количества обследованных. В группе 1 положительный результат получен у 2 детей (20%), а в группе 2 – у 7 или у 27%, отрицательный – у 6 (60%) детей из контакта и у 18 (69,2%) детей с выражом. В группе детей из контакта средний размер папулы при проведении туберкулинодиагностики оказался равным 6,6 мм. Положительная проба Манту (папула, равная 5 и более мм) отмечена у 6 (60%) детей из этой группы. У детей с выражом туберкулиновой пробы (группа 2) средний размер папулы составил 9,1 мм, что статистически значимо выше, чем в группе 1 ($p = 0,018$). Положительный результат квантиферонового теста получен в этой группе у 26,9%, отрицательный – у 69,2%. В зависимости от размера папулы результаты в этой группе распределились следующим образом: при диаметре папулы 5-9 мм положительный результат квантиферонового теста получен у 31,3%, отрицательный – у 62,5%, а при диаметре 10 мм и более положительный результат имел место у 20%, отрицательный – у 80%.

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что выраж туберкулиновой пробы не всегда свидетельствует об инфицировании ребенка (положительный квантифероновый тест получен у 27% детей и подростков из этой группы).

Литература:

1. Туберкулинодиагностика у детей с отягощенным аллергическим анамнезом / Овсянкина Е.С. [и др.] // Пробл. туберкулеза и бол. легких. – 2008. – №5. – С. 25-29.
2. Туберкулиновая чувствительность у детей старшего возраста (с впервые выявленным активным туберкулезом) / Тюлькова Т.Е. [и др.] // Пробл. туберкулеза и бол. легких. – 2008. – №8. – С. 19-21.

ТРУДНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Пигалкова Л.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. Силяева Н.Ф.

Основной причиной смерти больных туберкулезом остается прогрессирующее обширное поражение легких. Однако рост числа больных туберкулезом с лекарственно устойчивой формой микобактерии, увеличение количества ВИЧ-инфицированных больных будет сопровождаться ростом числа больных внелегочными формами туберкулеза, среди которых выделяют абдоминальный туберкулез, частота которого составляет 8–15% (1). Наиболее частой локализацией абдоминального туберкулеза являются мезентериальные и забрюшинные лимфатические узлы, брюшина, органы малого таза и желудочно-кишечный тракт, где в 70% случаев поражается илеоцекальный угол, осложняясь перфорацией туберкулезных язв и перитонитом (2). Клиническая диагностика абдоминального туберкулеза трудна, поскольку не имеет специфических признаков, протекает под маской различных болезней и диагностируется в большинстве случаев интраоперационно или посмертно при патологоанатомическом исследовании.

Цель исследования. Клинико-анатомический анализ 2-х случаев смерти больных от туберкулеза кишечника, не диагностированного при жизни.

Приводим наши наблюдения.

Женщина, 42 лет, госпитализирована в противотуберкулезный диспансер по поводу туберкулеза легких. В связи с возникшими болями в животе больная неоднократно консультирована хирургами и с клиническими признаками перитонита была оперирована. На операции обнаружены спайки в брюшной полости и множественные перфоративные отверстия в подвздошной кишке, произведена резекция участка тонкой кишки. Больная умерла на 3-и сутки после операции. Клинический диагноз (сокращенно): спаечная кишечная непроходимость с очагами некроза и перфорацией тонкой кишки.

Мужчина, 73 лет, находился на лечении по поводу атеросклероза артерий нижних конечностей. В связи с клиническими признаками «острого живота» был оперирован. На операции обнаружены очаги некроза и перфорация подвздошной кишки, выполнена резекция подвздошной кишки и гемиколэктомия. Больной умер на 3-и сутки после операции. Клинический диагноз (сокращенно): острая сосудистая недостаточность кишечника.

В обоих летальных случаях на основании исследования операционного материала и результатов вскрытия диагностирован гематогенный генерализованный туберкулез с деструктивными изменениями легких, поражением печени, селезенки и кишечника, осложненный перфорацией туберкулезных язв подвздошной кишки.

Таким образом, приведенные наблюдения подтверждают трудность клинической диагностики туберкулеза кишечника, установленного только после смерти больных. В то же время, в обоих случаях следует отметить типичную для туберкулеза локализацию процесса – илеоцекальный угол. Помочь диагностике туберкулеза кишечника, являющегося, как правило, проявлением гематогенного генерализованного туберкулеза, могли сведения о туберкулезе легких у больной в первом наблюдении, а при отсутствии таковых, как это было во втором наблюдении, рекомендуется предоперационное рентгенологическое обследование легких.

Литература:

1. Гусейнов Г.К. Внелегочный туберкулез // Проблемы туберкулеза, 2000.- N 1.- с.45–47.
2. Скопин М.С., Батыров Ф.А., Корнилова З.Х. Распространенность туберкулеза органов брюшной полости и особенности его выявления // Проблемы туберкулеза, 2007.- N1.– с.22–26.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПОЛИКЛИНИК Г. ГРОДНО, ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

Пилецкая Е.И., Шупенич В.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель, к.м.н., доц. Хильмончик Н.Е.

Проблема организации эффективной системы охраны здоровья медицинских работников определяется отсутствием обязательной системы учета показателей заболеваемости в учреждениях здравоохранения.

Цель исследования. Оценить состояние здоровья медицинских работников поликлиник г. Гродно.

Материалы и методы. Выкопировка данных из амбулаторных карт врачей и средних медицинских работников, работающих в городской поликлинике №1, центральной городской поликлинике №2, городской клинической больнице №1, женской консультации №1.

Нами было проанализировано 200 амбулаторных карт. 94,8% респондентов – это женщины, 5,2 % – мужчины. Из них 78,4% состоят в браке,

Возрастная группа исследуемых распределилась следующим образом: 13% составили лица от 21 до 25 лет, 11,1% – от 26 до 30 лет, 12,4% – от 31 до 35 лет, 11,1% – от 36 до 40 лет, 13,7% – от 41 до 45 лет, 13,7% – от 46 до 50 лет, 6,5% – от 51 до 55 лет, 18,3% – старше 55 лет. 16,9% составили фельдшеры-лаборанты, 1,3% – зубные фельдшеры, 32,6% – медицинские сестры в поликлинике, 9,1% – медицинские сестры стационара, 33,9% – врачи в поликлинике, 3,9 – врачи в стационаре, 1% – акушерка в поликлинике, 1,3% – старшие медсестры.

По нашим данным, показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности у медицинских работников, предоставленные из первичной медицинской документации исследуемой группы с 2007 по 2010 г., составили 34,6 случаев и 320 дней нетрудоспособности. Средняя продолжительность лечения одного случая составила 9,3 дней.

Максимальное число листов нетрудоспособности (24,5%), так же, как и максимальное количество дней нетрудоспособности, наблюдалось в возрастной группе от 41 до 45 лет, на 2-м месте (18,9%) – возрастная группа от 31 до 35 лет. В самой многочисленной возрастной группе (старше 55 лет) количество листов нетрудоспособности составило лишь 7,6 %.

В структуре заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности у медицинских работников в исследуемые годы на первом месте (69,8%) находятся болезни органов дыхания, 16,9% листов нетрудоспособности было выдано в связи с оперативным вмешательством (острый аппендицит, острый холецистит), 5,6% – болезни органов кровообращения (ИБС, АГ); 7,7% составили другие заболевания.

На диспансерном учете в исследуемый период состояли 14,3 % медицинских работников. Из них 22,7% – болезни мочеполовой системы, по 18% составили: болезни дыхательной системы, болезни системы крови и болезни сердечно-сосудистой системы, по 4,5 % – болезни желудочно-кишечного тракта, болезни нервной системы и органов зрения.

Наибольшее число состоящих на диспансерном учете медработников (по 18,2%) принадлежат к возрастным группам от 36 до 40 и от 41 до 45 лет.

Результаты исследования показывают, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности медицинских работников не является полностью достоверной, так как, по данным проведенных рядом авторов социологических исследований, 78,4% врачей и 68% средних медицинских работников занимаются самолечением или получают медицинскую помощь у своих коллег без регистрации (М.М.Кузьменко, 1996; Г.А. Шербаков, 1997). Низкий уровень заработной платы и социальная незащищенность вынуждают медицинских работников выходить на работу, будучи больными. Эти факты могут приводить к хронизации болезней и уве-

личению показателей первичного выхода на инвалидность медицинских работников. Необходимо разрабатывать эффективные методики комплексной оценки здоровья работников здравоохранения.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Пилецкая Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Кравчук Ю.В.

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические особенности коклюша у детей на амбулаторном этапе в современных условиях.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели использовали данные историй болезни детей с коклюшем, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2004-2009 годах. Частотные данные обработаны методом вариационной статистики, а данные процентной частоты анализируемых показателей обработаны методом вариационной статистики по методу И.А. Ойвина (1959).

Результаты исследования. Анализируемая группа состояла из 62 детей. Из них: 34 мальчика (54,8 %) и 28 девочек (45,2%). Средний возраст наблюдавшихся детей составил $2,3 \pm 0,4$ лет. Детей до одного года было 37 (59,7 %), из них в возрасте до трех месяцев – 17 (27,4 %).

За медицинской помощью обращались в среднем на $5,2 \pm 0,93$ день заболевания, а часть больных ($25,8 \pm 5,56\%$) обратились за медицинской помощью позже 7-го дня заболевания.

В момент поступления в стационар у всех госпитализированных в анамнезе заболевания было наличие кашля (100% больных). У 58 больных (93,5%) при поступлении в стационар обнаруживался приступообразный кашель. В среднем спазматический кашель появлялся у детей на $8,1 \pm 0,94$ день болезни. Рвота, связанная с приступами кашля, выявлялась в анамнезе у $30,6 \pm 5,85\%$ больных. Наличие вязкой мокроты после приступа выявлялось у $27,4 \pm 5,67\%$ обследованных пациентов. Частота приступов спазматического кашля на момент поступления в среднем составляла $9,3 \pm 0,87$ раз в сутки (минимально 1 раз в сутки, максимально 24 раза в сутки). У 7 ($11,3 \pm 4,02\%$) больных приступы кашля протекали с апноэ, а у 17 ($27,4 \pm 5,67\%$) наблюдавшихся кашель сопровождался репризами. В момент осмотра больных в приемном покое нормальная температура отмечалась у 47 человек ($75,8 \pm 5,44\%$), субфебрильная температура обнаруживалась в $24,2 \pm 5,44\%$ случаев (15 больных). Средний показатель субфебрильной температуры составил $37,1 \pm 0,05^\circ\text{C}$.

При направлении в инфекционный стационар только 48 % больных был выставлен диагноз «коклюш», еще в 40 % случаев выставлен направительный диагноз «коклюш?» в сочетании с другими диагнозами, а в остальных случаях были выставлены диагнозы респираторных инфекций. Указания на контакт с больными, у которых наблюдался длительное время кашель, имели только $32,5 \pm 7,41\%$.

За время госпитализации установлено, что 4 ребенка переносили заболевание тяжело (из них: у 2 детей течение заболевания осложнилось очаговой пневмонией, а у 1 ребенка развилась инфекция мочевыводящих путей). Легкую форму коклюша перенесли 3 больных, у остальных детей заболевание протекало в средней степени тяжести.

Заключение. Коклюшем болеют в основном дети первых трех лет жизни. Установлено, что дети в основном переносят коклюш в средней степени тяжести. Выявлено, что на амбулаторном этапе диагностика коклюша остается сложной и находится на недостаточно высоком уровне.

ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Пипко Т.В., Листванович Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Плоцкий А.Р.

Сочетание беременности и опухолей яичника встречается в 0,02–0,46% случаев [1]. Опухоли стромы полового тяжа, представителями которых являются гранулезоклеточная опухоль и текома, в структуре всех новообразований яичника занимают не более 3% [1]. Тем не менее, несмотря на редкость, образования подобного рода могут встречаться и при беременности. В связи с этим, целью работы явилась клиническая и ультразвуковая характеристика опухолей стромы полового тяжа при гестационном процессе.

Мы наблюдали двух пациенток, у которых при беременности были выявлены опухоли указанного гистологического строения значительных размеров. В первом случае солидно-кистозное образование (с преобладанием солидного компонента) было выявлено в 20 недель беременности, характеризовалось быстрым ростом, отсутствием клинической симптоматики, достигнув 25 см в диаметре к моменту оперативного родоразрешения. При срочном гистологическом исследовании верифицирована злокачественная гранулезоклеточная опухоль, в связи с чем объем операции был расширен до тотальной гистерэктомии с резекцией большого сальника.

В другом наблюдении, в сроке 34 недели беременности, при эхографии в проекции правого яичника визуализировалось образование солидного типа, практически лишенное жидкостного компонента, с мощным развитием сосудистой сети (по данным доплерометрии) размерами до 20 см в диаметре. Интересно, что в сроке 15–16 недель беременности женщина направлялась в стационар в связи с выявленной опухолью правого яичника (диаметром 10 см!) для хирургического вмешательства, однако врачами ультразвуковой диагностики указанное образование было расценено как узел миомы, и от оперативного лечения, в итоге, было решено воздержаться. За неполные 20 недель беременности опухоль увеличилась в размерах практически в 2 раза. Беременность было решено пролонгировать, однако пришлось прибегнуть к экстренному родоразрешению в связи с произошедшим разрывом кистозного образования и внутрибрюшным кровотечением.

Анализируя приведенные наблюдения, можно констатировать, что эхографическая картина опухолей стромы полового тяжа при беременности значительно отличается от признаков этих же опухолей, выявляемых вне беременности. Известно, что гранулезоклеточной опухоли присуще кистозно-солидное строение с преобладанием кистозного компонента, особенно в молодом возрасте. В рассматриваемых нами случаях опухоли имели преимущественно солидное строение, что во втором наблюдении способствовало диагностической ошибке и неправильной тактике ведения. Клиническая картина оказалась во многом схожей с проявлениями, зафиксированными в работе Young R.H. et al., в которой приводится описание 36 наблюдений подобных опухолей [2].

Выводы. Трудностям диагностики способствуют как редкая встречаемость (опухоли подобного рода чаще наблюдаются в старшей возрастной группе), так и невозможность использовать в диагностике весьма важные клинические аспекты, обусловленные гормональной активностью этих новообразований, но по понятным причинам «исчезающие» при беременности. Тем не менее, точная диагностика весьма целесообразна ввиду необходимости выбора адекватного срока родоразрешения и объема последующей операции.

Литература:

1. Вишневская Е.Е. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. – Минск, 2002. – с. 339.
2. Granulosa cell, Sertoli-Leydig cell, and unclassified sex cord-stromal tumors associated with pregnancy: a clinicopathological analysis of thirty-six cases / Young R.H. [et al.] // Gynecol Oncol. – 1984. – Vol. 18(2). P. 181 – 205.

БЕЛКИ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ: В НОРМЕ И ПРИ НОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Плавская О.К., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ивашин В.М.

Несмотря на всю важность для офтальмологии, существует не так много информации из области биохимии и особенно энзимологии слезной жидкости. Общая концентрация белков в слезной жидкости составляет приблизительно 10% от их содержания в плазме крови. С помощью электрофореза в слезах обнаруживается около 80 различных белковых и полипептидных компонентов. Среди 30 идентифицированных белков приблизительно 50% представлено ферментами. Одни ферменты входят в состав секрета слезных желез, другие секретируются или экскретируются эпителиальными клетками роговой оболочки и конъюнктивы. Наконец, несколько ферментов поступают из плазмы и появляются в слезной жидкости только в случаях увеличенной проницаемости сосудов конъюнктивы.

Контактные линзы применяются, чтобы исправить искажения рефракции, защитить глаз от воздействия опасных жидкостей, газов или твердых частиц; как механический инструмент при лечении некоторых патологических состояний глаз, в качестве косметического средства для компенсации невротических состояний у людей с физическими дефектами глаз.

Широкое использование контактных линз из гидрофильных материалов вынудило обратить внимание на проблему порчи линзы. Старение полимера и образование белкового налета ухудшают оптические свойства линз и, в частности, их прозрачность, что доставляет неудобства их владельцу. Адсорбируемый белок является также первичной основой для сорбции других белков и компонентов слезной жидкости. Большинство исследований было посвящено образованию белкового налета на поверхности линз. Проникновение же белков внутрь матрикса из гидрогеля пока мало изучено.

Взаимодействие белков слезной жидкости с поверхностью контактных линз или даже проникновение их внутрь линзы может существенно отражаться на свойствах этих белков. Показано, например, что сорбция контактными линзами одного из важнейших белков слез, лизоцима, сказывалась на его биологической активности и стабильности. Существует много факторов, влияющих на связывание белков слез с контактными линзами: биохимический состав слезной жидкости, состояние глаза, материал линзы, значение pH и температура, способ дезинфекции линз и состав растворов, используемых при уходе за линзами. Как правило, активным компонентом таких растворов для линз на основе гидрогеля является перекись водорода. Предполагается, что следовые количества H_2O_2 на контактной линзе могут неблагоприятно влиять на роговую оболочку глаза.

Лизоцим – наиболее известный и хорошо изученный фермент. Около 70% белков слез, абсорбированных водным содержимым гидрогеля контактных линз, приходится на лизоцим. Молекула лизоцима компактна, обладает небольшой молекулярной массой и поэтому подвижна и легко проникает в гидрогель. Это является недостатком многих мягких гидрогелевых контактных линз. Выступая в качестве бактериолитической субстанции, лизоцим фактически действует на очень ограниченное число видов бактерий, которые в большинстве своем являются непатогенными сапрофитами. Таким образом, поддержание в слезной жидкости столь высокой концентрации лизоцима не может быть объяснено только его антибактериальным действием.

Литература:

1. Сарири, Р. Белки слез: в норме, при заболевании глаз и при ношении контактных линз / Р. Сарири, Х. Гайфури // Биохимия. – 2008. – Т. 73. – № 4. – С. 469-482.
2. Пири, А. Биохимия глаза (перевод с англ.) / А. Пири, Р. Ван Гейнинген. – М.: Медицина, 1968. – 399с.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ АТРЕЗИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Плавский Д.М., Рандаревич А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хоров О.Г.

Среди различных врождённых аномалий развития органа слуха наиболее распространена атрезия или заращение наружного слухового прохода. При этом, как правило, она сочетается с другими дефектами формирования среднего уха и является лишь частью обширной врождённой патологии развития черепа. В нашей клинике с 2007 года мы занялись решением данной проблемы.

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения атрезии наружного слухового прохода путём выполнения меатотимпаноластики. Под нашим наблюдением находилось 10 пациентов с атрезией наружного слухового прохода, которым была выполнена меатотимпаноластика.

Из прооперированных 10 пациентов – 7 мужского пола, 3 пациентки – женского. Возраст пациентов находился в пределах от 7 до 26 лет, средний возраст составил 15 лет. У 7 пациентов атрезия наружного слухового прохода носила односторонний характер, у 3 – двухсторонний. Ушная раковина была представлена в виде рудимента у 2 пациентов, условно правильно была сформирована у 6 пациентов, у двух пациентов ушная раковина полностью отсутствовала. Формирование наружного слухового прохода и поиск структур среднего уха осуществляли с учётом данных компьютерной томографии. Для формирования барабанной полости использовали собственную височную фасцию, пластины хряща. Для формирования наружного слухового прохода – свободные кожные лоскуты из кожи операционной области.

Результаты и их обсуждение. Оценка результата в срок 12 месяцев после операции показала эпидермизацию созданного наружного слухового прохода. Неотимпанальная мембрана у всех пациентов приобретала серый цвет, была целой и располагалась под углом к передней стенке наружного слухового прохода. Из 10 прооперированных пациентов у 9 мы добились стойкого улучшения слуха. Костно-воздушный интервал в зоне 500 – 3000 Гц сократился с дооперационных $56 \pm 1,2$ дБ до $25,4 \pm 0,7$ дБ, что соответствует социально-значимому слуху. У одного пациента слух остался без изменений на дооперационном уровне.

5 пациентам с атрезией наружного слухового прохода использованы аппараты ВАНА. Операция и послеоперационный период прошли без явных осложнений. Дооперационное нарушение слуха у этих пациентов составило $45,5 \pm 0,9$ дБ. Аудиологическое усиление составило 33,8 дБ. Субъективная оценка функционального результата операции пациентами была высокой.

Заключение: Хирургическое лечение врождённых атрезий уха является сложной задачей. Лечение состоит из этапов дооперационного обследования и планирования вида лечения, самой операции в виде реконструкции уха или применения аппарата ВАНА, последующей реабилитации. Прогнозирование конечного анатомического и функционального результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии. Пациенты (их родители) должны быть информированы о способах лечения перед выбором лечебной тактики.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХРЯЩЕВЫХ ПЛАСТИН ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКЕ

Плавский Д.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

кафедра оториноларингологии, стоматологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Хоров О.Г.

Для разработки оптимальных акустических свойств неотимпанальной мембраны мы посчитали целесообразным провести эксперимент по изучению амплитудно-частотной характеристики хрящевых пластин, применяемых для тимпаноласти-

ки, с помощью электроакустического метода.

Цель исследования: провести электроакустический эксперимент для определения оптимальной толщины хрящевых пластин, используемых для реконструкции барабанной перепонки, и применить результаты эксперимента в клинике.

Материал и методы. Исследовали пластины толщиной от 0,1 до 0,5 мм. Определение АЧХ производили на частотах 250 – 4000 Гц. Использовали электроакустический метод, позволяющий регистрировать минимальные колебания хрящевого трансплантата.

Результаты экспериментальных исследований: хрящевые пластины толщиной 0,2 мм и 0,3 мм имеют наибольшую амплитудно-частотную характеристику среди всех исследуемых пластин без нанесения насечек (соответственно 8,5 мВ; 7,6 мВ). После выполнения насечек по авторской методике отмечается увеличение амплитудно-частотной характеристики пластин толщиной 0,2 мм до 11,2 мВ и 0,3 мм до 10,8 мВ ($P < 0,05$). Это свидетельствует о том, что колебательные свойства таких пластик значительно выше аналогичных без насечек.

По разработанному способу тимпаноластики было прооперировано 25 детей с хроническим гнойным средним отитом в возрасте от 5 до 17 лет. Все пациенты имели обширный дефект барабанной перепонки.

Функциональные результаты: через 1 год после операции наблюдали сокращение резерва улитки с 34,8 дБ до 13,4 дБ, а через 1,5 года он оставался практически на том же уровне – 13,6 дБ ($P < 0,05$). Отмечено статистически значимое увеличение числа пациентов с социально-адекватным уровнем слуха с дооперационных 52% до 92% через 12 месяцев после операции ($P < 0,05$).

Заключение: 1. Результаты эксперимента позволили определить оптимальную толщину хрящевой пластины для мембранопластики, которая находится в пределах от 0,2 до 0,3 мм ($P < 0,05$).

2. Формирование пластины в виде мобильных фрагментов по предложенной методике приводит к увеличению ее амплитудно-частотной характеристики и улучшению колебательной способности, что положительно сказывается на функциональных результатах тимпаноластики.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ДИНАМИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТОПЫ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Побылец А.М., Омельченко С.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н. Кузнецов А.Г.

Лечение гнойно-некротических поражений стопы (ГНПС) остается трудной задачей хирургии. На это указывает неуклонный рост числа больных с данной патологией и количества ампутаций конечностей, приводящих к тяжелой инвалидизации пациентов.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру ГНПС, требующих стационарного лечения, а также динамику результатов лечения данной патологии.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 366 больных с ГНПС различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно с 2005 по 2010 годы.

Результаты и обсуждение. Основной причиной развития ГНПС явилась хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей (ХАННК), которая была обусловлена следующими заболеваниями: атеросклероз нижних конечностей – 107 человек, ишемическая и нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы – 146. У 113 больных признаки ХАННК отсутствовали. Причиной ГНПС у них явились: заболевания периферической нервной системы, инфекция, связанная с травмой, нейропатическая форма синдрома диабетической стопы, хроническая лим-

фовенозная недостаточность нижних конечностей, заболевания кожи и ногтей. Начиная с 2008 года в стратегию лечения больных с ГНПС стал внедряться дифференцированный подход, основанный на объективной оценке следующих ключевых моментов: тяжести состояния, характера и распространенности гнойно-некротического процесса, уровня артериальной окклюзии. Это позволило у больных с ХАННК, не подлежащих реконструктивным операциям на сосудах, шире ставить показания к дистальным ампутациям стопы (ДАС) по усовершенствованной методике (инструкция по применению № 006-0209).

Таблица – Динамика заболеваемости и исходов лечения больных с ГНПС

Год	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Количество госпитализированных больных с ГНПС							
Всего больных	49	52	57	59	71	78	366
Больных с признаками ХАННК	32	34	36	44	51	56	253
Уровни ампутации конечности							
ВАНК	15	16	18	20	27	28	124
ДАС	2	3	4	8	14	19	50
Послеоперационная летальность, %	18,9	17,4	19,2	15,2	13,1	9,8	14,2

Нами констатируется увеличение количества больных с ГНПС, в первую очередь, за счет больных с ХАННК. На фоне прогрессирующего роста общего числа ампутаций у этих больных выявлена тенденция к снижению относительного количества высоких ампутаций нижней конечности (ВАНК) и рост числа ДАС.

Выводы. Количество больных с ГНПС, вызванными ХАННК, неуклонно растет. Комплексный, дифференцированный подход в стратегии хирургического лечения больных с ГНПС в сочетании с применением усовершенствованной методики ДАС позволил снизить относительное количество ВАНК и послеоперационную летальность.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Побылец А.М., Карев Б.Д., Серединская Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н. доц. Д.Б.Карев

Актуальность. Переломы шейки бедренной кости составляют 8,5% в структуре травм опорно-двигательной системы. В литературе имеются указания на возрастающую частоту данной патологии среди пациентов трудоспособного возраста. (1) Исходы лечения у них мало отличаются от таковых у пожилых и стариков: частота несращений колеблется в пределах 15 – 20 %, а асептических некрозов – 20–30%.

Остеосинтез в разных его вариантах у пациентов трудоспособного возраста остается доминирующим оперативным вмешательством. Наиболее «проблемными» являются нестабильные переломы типа Паувелс III. Показатели неудовлетворительных исходов после их лечения достигают 27–58,7 % [2].

Имеющиеся сообщения об использовании костной пластики, реконструктивного остеосинтеза. Однако, мнения зачастую противоречивы: особенно это касается целесообразности применения вальгизирующей реконструкции бедренной кости по первичным показаниям [2].

Цель данной работы – определение эффективности реконструктивного остеосинтеза в лечении пациентов с нестабильными переломами бедренной кости.

Материалы и методы основаны на анализе результатов у 35 пациентов, находившихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ по поводу переломов шейки бедра. По локализации: субкапитальные отмечены у 7 паци-

ентов, трасцервикальные – у 28, (в 19,3% случаев отмечен оскольчатый характер перелома). Все переломы отнесены к Паувелс III.

27 пациентам по поводу несросшихся переломов шейки бедренной кости или ложных суставов без признаков аваскулярного некроза головки выполнена вальгизирующая реконструкция проксимального отдела бедренной кости в сочетании с мультиостеопластикой по принятой в клинике методике: у 10 – шиповидная межвертельная остеотомия, 17 – шиповидная подвертельная остеотомия. 8 пациентам шиповидная межвертельная остеотомия бедренной кости выполнена без костной пластики по первичным показаниям при диагональном или оскольчатом характере перелома.

Результаты прослежены в сроки от одного до пяти лет с использованием оригинальной предложенной нами системы их оценки. Положительные исходы отмечены – у 91,5%.

Заключение. У пациентов трудоспособного возраста с переломами шейки бедренной кости целесообразно выполнение органосохраняющих оперативных вмешательств. При нестабильных повреждениях типа Паувелс III оправдан костнопластический и реконструктивный остеосинтез. Создание оптимальных биомеханических условий в проксимальном отделе бедренной кости, позволяет достичь высокого процента положительных результатов в группе пациентов с самыми «неблагоприятными» переломами шейки бедра. Рассматриваемые оперативные вмешательства должны более широко использоваться по первичным показаниям.

Литература:

1. Лирцман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, 1997, №2, С. 12-18.

2. Marti, R.K. Intertrochanteric osteotomy for nonunion of the femoral neck / R.K. Marti, H.M. Schuller // J. Bone Joint Surg. [Br]. – 1989. – Vol. 71. – P. 782-787.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Подгайский С.В., Яковук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н. Василевский В.П.

Актуальность. В последнее время в ряде развитых стран мира наблюдается широкое распространение облитерирующих заболеваний сосудов и неуклонный их рост. На данный момент во всём мире широко применяют эндоваскулярные методы лечения атеросклеротических поражений аорты и периферических артерий, однако показания к их выполнению и результаты интенсивно дискутируются [1].

Цель исследования: определение эффективности применения эндоваскулярных вмешательств в лечении аневризматических и окклюзионно-стенотических поражений аорты, её ветвей и периферических артерий, обусловленных облитерирующим атеросклерозом.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты 69 рентгеноэндоваскулярных вмешательств выполненных у 59 пациентов. Среди пациентов было 50 мужчин и 9 женщин. Средний возраст составил $64,8 \pm 0,5$ лет. В результате ангиографического исследования у пациентов выявились гемодинамически значимые атеросклеротические поражения в 8 сосудистых сегментах: подвздошно-бедренном у 36 пациентов, подколленно-берцовом сегменте у 15 больных, аневризма инфраренального отдела аорты у 5 обследованных, почечной артерии в 3 случае, сонных артерий у 6 человек, дистального шунто-артериального анастомоза у 1 пациента, подключичных артерий у 2 больных, а также в 1 случае позвоночной артерии. У 22 пациентов отмечалась сопутствующая патология – ИБС. У 3 пациентов – СД 2 типа, в 1 случае АВ-блокада 2 ст.

Рентгеноэндоваскулярные вмешательства включали выполнение трёх типов операций:

1) эндопротезирование (5 наблюдений), 2) баллонная ангиопластика и стентирование (у 57 пациентов), 3) реканализация, баллонная ангиопластика и стентирование (у 6 больных). В 1 случае выполнялась ангиопластика венозного сегмента дистального шунто-артериального анастомоза.

Операции проводились под местной (47 пациентов) и под спинномозговой анестезией (12 человек).

Результаты исследования. Были отмечены следующие операционные осложнения: смещение интрадьюссера (3 случая), неполное прилегание стента (2 случая), перфорация сосуда стентом и экстравазация контраста (2 случая). Оптимальный ангиографический результат был достигнут у 50 больных. У 9 пациентов непосредственного оптимального ангиографического результата достигнуто не было. В 2 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 50 человек.

Все пациенты были выписаны на амбулаторное лечение на 11- 12 сутки послеоперационного периода.

Выводы. Учитывая малую травматичность метода, относительную простоту выполнения, низкую частоту операционных осложнений, отсутствие необходимости в длительном восстановительном периоде рентгеноэндоваскулярные вмешательства можно считать методом выбора для лечения окклюзионно-стенотических поражений артерий облитерирующим атеросклерозом.

Литература:

1. Островский Ю.П. Хирургия сердца. – М.: Мед. лит., 2007. – с. 117 – 248.
2. Van Walraven L, Andhyiswara T., et al the use vascular. Stents in the treatment of iliac artery occlusions International Jorنال of angiology. 2000; 9; 232-235.

ОБ ОЦЕНКЕ УРОВНЯ АДАПТАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ ОРГАНИЗМА КУРСАНТОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Полуян И.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Военная кафедра.*

Для адаптации в новой социальной среде важно умение быстро находить свое место в совместной деятельности, свою роль в новом коллективе, умение находить в рамках существующих условий возможности для проявления способностей и интересов.

Адаптация в контексте военного образования это:

1) адаптация непосредственно к учебе, которая характеризуется как текущим (экспертная оценка успешности и текущая успеваемость), так и итоговым контролем успешности в учебной деятельности (успешностью сдачи сессии, количеством задолженностей и т. д.);

2) адаптация к исполнению служебных обязанностей, к служебной деятельности – готовность к подчинению, соблюдению распорядка дня и воинской дисциплины, наличие поощрений и взысканий за несение службы в карауле или исполнение служебных обязанностей в наряде, хорошие или удовлетворительные взаимоотношения с командирами – офицерами и сержантским составом;

3) адаптация в коллективе, в общении, которая характеризуется социометрическим статусом, позицией в учебной группе, участием (или неучастием) в конфликтах, стилем поведения в конфликтной ситуации.

Самого серьезного внимания заслуживает тезис о том, что снижение адаптационных возможностей организма служит прогностически неблагоприятным при-

знаком и одной из ведущих причин возникновения и развития заболеваний.

Объектом исследования являлись курсанты 1-го и 2-го курсов военного факультета Гродненского государственного университета имени Янки Купалы.

Цель работы: изучить в динамике в течение 2-х лет функциональное состояние организма курсантов военного факультета, оценить уровень адаптационных ресурсов их организма в условиях военно-профессиональной деятельности.

Методы исследования: антропометрические, физиологические, статистические.

В процессе работы проводилось 3-х кратное, с периодичностью один раз в 6 месяцев, изучение отношения данной категории военнослужащих к курению, регулярности занятий физической культурой, антропометрического статуса, уровня физического развития, показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы, психологического состояния, уровня физической подготовленности.

Результаты исследований показали у курсантов поступивших на военный факультет УО «ГрГУ им. Я.Купалы», наличие проблем, связанных с адаптацией к военно-учебной деятельности, которые уже в течении 2-3 -го семестра обучения нивелировались.

Довольно таки быстрая адаптация курсантов военного факультета к служебной и учебной деятельности, а так же улучшение показателей физического развития, уровня физической подготовленности с моей точки зрения связаны с четким и последовательным выполнением учебной программы, высокой организацией учебно-воспитательного процесса и уставной организацией службы на военном факультете УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы».

Литература:

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. – М.: Медицина, 1997. 236 с.

2. Хомич М.М. Комплексная оценка антропометрических показателей. – Вестник педиатрической академии. Сборник научных трудов. – СПб.: СПбГПМА. – 2004. – Выпуск № 2. – С. 25-29

ВЛИЯНИЕ АРГИНИНА НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ КРОВИ В ТЕСТАХ IN VITRO В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Поплавская Э.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – д.м.н., проф. Лис М.А.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) характеризуется воспалением, которое носит преимущественно нейтрофильный характер. При ХОБЛ развивается «дисфункция фагоцитоза» (ДФ), которая может проявляться снижением фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ) [1]. Поэтому необходим поиск препаратов, способных корригировать возникающие нарушения ДФ. В последние годы возник интерес к аминокислоте аргинин, которая входит в состав некоторых лекарственных препаратов и способна тормозить адгезию лейкоцитов в кровеносном русле [2], поддерживать нормальный уровень артериального давления, стимулировать иммунную систему и др.[3].

Целью нашего исследования являлось изучить влияние аргинина в тестах in vitro на ФИ и ФЧ нейтрофилов крови у больных ХОБЛ без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в период обострения заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 18 больных ХОБЛ 2 стадии (согласно GOLD) в период обострения и 12 практически здоровых лиц.

Для оценки фагоцитарного звена нейтрофилов применяли тест со стафилококком золотистым (Д.К. Новиков, 1996) и высчитывали фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ). Дополнительно проводили реакцию фагоцитоза при

добавлении в среду аргинина в концентрации 1мг/мл и снова вычисляли ФИ и ФЧ.

Данные обработаны при помощи программы STATISTICA 6.0 с использованием критерия Манна-Уитни для независимых выборок и критерия Вилкоксона для зависимых выборок. Результаты представлены в виде медианы и межквартильного интервала (25 и 75 квартиль, указаны в квадратных скобках).

Результаты и обсуждение. В период обострения ХОБЛ отмечалось снижение ФЧ до 7,5 [6,3; 8,1] ($p < 0,05$), тогда как ФИ оставался в пределах нормальных значений 66 [52; 72] ($p > 0,05$) по сравнению с контролем (ФИ 68,5 [63,5; 80], ФЧ 8,2 [7,4; 9,3]). Добавление аргинина в дозе 1мг/мл увеличивало ФИ по сравнению с исходными значениями до 69 [62; 76] ($p < 0,05$) и ФЧ до 8,45 [6,9; 10,4] ($p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что аргинин обладает способностью стимулировать фагоцитарную активность нейтрофилов крови. Это может благоприятно отразиться на течении обострения ХОБЛ и требует дальнейшего исследования в тестах *in vivo*.

Выводы. Аргинин *in vitro* обладает иммуностимулирующим действием на нейтрофилы крови больных ХОБЛ, увеличивает число активных клеток и их поглотельную способность.

Литература.

1. Кокосов, А.Н. Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких / А.Н.Кокосов. – СПб.:Издательство «Лань», 2002. – 288 с.
2. Жданов, А.А. Эндотелиальная дисфункция и возможности ее коррекции L-аргинином / А.А. Жданов, Д.И. Романовский, Б.В. Дубовик // *Здравоохранение*. – 2005. – №9. – С.55 – 60.
3. Белорусский институт системного анализа и информационного обеспечения научной сферы [Электронный ресурс] / Copyright © БЕЛИСА, Респ. Беларусь.- Минск, 2004-2009. – Режим доступа : <http://www.belisa.org.by/ru/news/stnews/manufacture/c2814cef5d89b2b9.htm>. – Дата доступа : 21.12.2010.

Группа ХОБЛ	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Lower	Upper	Percentile	Percentile	Std.Dev.
РН.І(bl)	18	62,16667	66,00000	37,00000	75,00000	52,00000	72,00000	52,00000	72,00000	11,68332
РН.Н(bl)	18	7,31667	7,50000	5,80000	8,90000	6,30000	8,10000	6,30000	8,10000	1,03256
ГРУППА КОНТРОЛЯ	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Lower	Upper	Percentile	Percentile	Std.Dev.
РН.І(bl)	12	70,75000	68,50000	54,00000	90,00000	63,50000	80,00000	63,50000	80,00000	11,95541
РН.Н(bl)	12	9,05000	8,20000	6,50000	15,80000	7,40000	9,30000	7,40000	9,30000	2,66373
ПОСЛЕ АРГИНИНА	Valid N	Mean	Median	Minimum	Maximum	Lower	Upper	Percentile	Percentile	Std.Dev.
1mg/ml	18	68,33333	69,00000	44,00000	92,00000	62,00000	76,00000	62,00000	76,00000	12,44754
1mg/ml	18	8,80000	8,45000	6,00000	12,90000	6,90000	10,40000	6,90000	10,40000	2,17337

ХОБЛ с КОНТРОЛЕМ	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	2*1sided
РН.І(bl)	243,0000	222,0000	72,00000	-1,52400	0,127509	-1,52723	0,126704	18	12	0,134493
РН.Н(bl)	231,5000	233,5000	60,50000	-2,01084	0,044344	-2,01397	0,044013	18	12	0,043061

ТЕСТ ВИЛКОКСОНА для сравнения внутри группы	Valid	T	Z	p-level
РН.І(bl) & 1mg/ml	18	26,00000	2,390574	0,016823
	Valid	T	Z	p-level
РН.Н(bl) & 1mg/ml	18	8,000000	3,375153	0,000738

ЦЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗА

Попова Е.Л.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей гигиены и экологии*

Научный руководитель — ассист. каф. общей гигиены и экологии Есис Е.Л.

Семья, как первичное социально-демографическое явление общества, выступает основным институтом воспитания личности. Семейные отношения оказывают непосредственное влияние на формирование потребностей, интересов и ценностных ориентаций человека на протяжении всей его жизни.

Стабильность семейно-брачных отношений в значительной степени зависит от готовности и умения молодых людей взять на себя ответственность за созданную ими семью. Подготовка к семейной жизни является такой же значимой, как и подготовка к профессиональной деятельности, поскольку проблемы семьи не менее важны, чем карьерные вопросы.

Изучая состояние данной проблемы, мы сделали попытку провести сравнительный анализ по некоторым аспектам готовности студенческой молодежи к семейной жизни. В процессе исследования было проведено анкетирование среди студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета иностранных учащихся с целью выяснения представлений о браке и семье. Респондентами стали 50 белорусских студентов и 50 студентов из Туркменистана.

Белорусские студенты представляют слагаемые счастливого брака, опираясь чаще всего на интеллектуальную основу, разум, чувства, на то, что предпочитают сердце и человеческая душа, – любовь, сочувствие, сопереживание, взаимопомощь. Вот почему для них важны дружба, общие интересы, общественное положение, взаимопонимание, взаимоуважение. Студенты из Туркменистана опираются на традиции, уважение к старшему поколению, больше доверяют выбору своих родителей. Самым распространенным источником, из которого студенты ФИУ получают информацию о взаимоотношениях полов в семейной жизни, являются родители (80%), на втором месте – средства массовой информации (10%), и сверстники (10%). Белорусские студенты на первое место поставили средства массовой информации (50%), на второе – родителей (35%), на третье – сверстников (15%). Большинство представителей молодого поколения считают, что брак – это союз людей на всю жизнь (80%), однако студенты из Туркменистана негативно смотрят на то, что два человека живут вместе, не будучи женаты (76%), тогда как 52% белорусских студентов толерантно относятся к этому вопросу. При этом 86% наших и 96% иностранных студентов считают обязательным религиозное обоснование брака. Однако, как представляется, глубоких корней верования наши студенты всё же не имеют, в отличие от иностранных учащихся. 90% опрошенных белорусских и иностранных студентов считают необходимым в семейной жизни планировать детей, 70% наших студентов хотели бы иметь двоих детей, 24% – троих и 6% – четверых. Студенты ФИУ планируют иметь троих детей и более – 56% и 44% двоих.

На основе анализа анкет можно сделать вывод, что мир ценностей молодежи достаточно противоречив. Во взглядах на семейную, интимную жизнь имеют место традиционные воззрения иностранных учащихся, и более свободные взгляды белорусских студентов. Однако молодым людям необходимо понять, что подготовка к семейной жизни представляет собой комплекс всесторонних взаимодействий, в результате которых происходит осознание особенностей брачно-семейных взаимоотношений, развитие соответствующих чувств, формирование представлений, взглядов, убеждений, качеств и привычек, связанных с готовностью к браку и семейной жизни.

Литература:

1. Бобнева М.И. Изменение ценностных систем личности в период преобразования общества // Ценностное создание личности в период преобразования общества. М.: Изд-во «Институт психологии РАН» С.32–46.
2. Петров А.В. Ценностные предпочтения молодежи: диагностика и тенденции изменений // Социологические исследования – 2008 – №2 С.83 – 90.

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, МЕДУЛЛОБЛАСТОМОЙ В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ СВЕРСТНИКАМИ

Почкайло А.С.¹, Карась О.В.²

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹,

ГУ «РНПЦ детской онкологии и гематологии»², Беларусь

Кафедра поликлинической педиатрии¹,

онкогематологическое отделение для детей старшего возраста²

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жерносек В.Ф.¹, д.м.н., доц. Конопля Н.Е.²

Актуальность. Согласно современным представлениям наличие хронических заболеваний, включая онкологическую и аллергическую патологию, как и негативное остеотропное влияние применяемых в их лечении лекарственных средств, могут служить причиной вторичного формирования дефицита костной массы и остеопороза у детей [1,2]. Вместе с тем, частота возникновения и степень выраженности подобных нарушений костного формирования у таких пациентов при различных заболеваниях изучена недостаточно. Цель исследования: сравнить состояние костной ткани у детей с бронхиальной астмой (БА), медуллобластомой (МБ) и их здоровых сверстников. Пациенты и методы: обследован 91 ребёнок с БА, 31 – с МБ, а также 84 ребёнка I-II групп здоровья (контрольная группа – КГ) в возрасте 7-17 лет. Из пациентов с БА 25 принимали ингаляционные и системные стероиды, 66 – не принимали. Все дети с МБ подверглись оперативному лечению, 11 из них получили 4 курса полихимиотерапии, высокодозную химиотерапию с аутотрансплантацией периферической стволовой клетки, краниоспинальное облучение, 20 – получили 4 курса полихимиотерапии, краниоспинальное облучение, 6 курсов поддерживающей терапии. Всем детям проведена рентгеновская денситометрия (ГУ «Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения», Lunar Prodigy GE, США) L1-L4 отдела позвоночника с оценкой содержания костного минерала (СКМ, г) и минеральной плотности костной ткани (МПК, г/см²). К низкой костной массе для соответствующего хронологического возраста относили значение Z-критерия, равное или ниже -2 SD (стандартное отклонение). Статистическая обработка выполнена в программе Statistica 6.0 (анализ соответствия вида распределения закону нормального распределения данных проведен с применением критерия Шапиро-Уилка (p1), сравнение – с применением критерия Манна-Уитни и др. (p2), данные представлены в формате M (SD), Me [LQ:UQ]). Результаты: дефицит костной массы выявлен у 22,6 % (7/31) детей с МБ, у 6,6 % (6/91) – с БА, у 6,0 % (5/84) детей КГ. При сравнении частоты дефицита между группами установлено, что она значимо выше у пациентов с МБ как по сравнению с пациентами с БА (p2=0,014), так и с детьми КГ (p2=0,010), и не имеет различий между детьми с БА и КГ (p2=0,196). СКМ в группе с МБ составило 32,4 (14,0) г, p1=0,210, в группе с БА – 31,86 [23,50;45,78] г, p1=0,000, в КГ – 46,62 (18,10) г, p1=0,091. МПК в группе с МБ составила 0,852 (0,186) г/см², p1=0,345, в группе с БА – 0,784 [0,715;0,988] г/см², p1=0,006, в КГ – 0,965 (0,196) г/см², p1=0,092. Выявлено статистически значимое снижение СКМ и МПК у пациентов с МБ и БА в сравнении со здоровыми сверстниками (p2<0,05). Значимых различий по СКМ (p2=0,357) и МПК (p2=0,450) между детьми с МБ и БА не отмечено. Выводы: выявленная частота дефицита костной массы у детей с МБ и БА, значимо более низкое СКМ и МПК у них в сравнении со здоровыми сверстниками, позволяют отнести их к группе риска по нарушению костного формирования, нуждающейся в проведении профилактических и коррекционных мероприятий.

Литература:

1. Bone density in survivors of childhood cancer / J. Mulder [et al.] // J. Clin. Densitom. – 2004. – Vol. 7, № 4. – P. 432–42.
2. Osteoporosis due to cancer treatment: pathogenesis and management / J. Pfeilschifter [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2000. – Vol. 18. – P. 1570–1593.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ

Поясов С.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст. преп. Рындова О.Н.

Исторически сложилось, что ценообразование реализуется только как результат установления продавцом и покупателем цены в процессе торгово-экономических отношений. Производитель организует комплексную систему производства и сбыта продукции, которая ориентирована на удовлетворение потребностей конкретных покупателей и получения прибыли на основе изучения рынка, предприятия-экспортёра, использование маркетинговых программ для разработки стратегий поведения на рынке. Всё это выражается в концепции маркетинга, которая состоит из производства рентабельной продукции; её продвижения потребителю; распределения товара в зависимости от нацеленного или не нацеленного сбыта, а также определения цены на товар (ценообразование).

Для получения наибольшей прибыли производители определяют стратегии ценообразования. Так, например, стратегия скидки на вторичном рынке заключается в том, что на один и тот же товар или услугу цена устанавливается ниже при его перепродаже на вторичном рынке. Для привлечения покупателей с низкими доходами часто используется случайная скидка. Стратегия «снятия сливок» определяет наличие рынка с покупателями, способными заплатить максимальную цену за товар учитывая его качество или другие потребительские свойства. Предприятия-монополисты же устанавливают высокие цены с самого начала продвижения товара на рынке. Сигнализирование ценами всегда основывается на соотношении цены-качества. Но иногда имеют место махинации, когда дешёвый товар продаётся как товар высокого качества. Стратегия «проникновения товара на рынок» предполагает установление первоначально низких цен на новые товары, отнимая покупателей от фирм-конкурентов. Психологические цены предполагают установление цен ниже круглых цифр. Ассортиментные стратегии используются предприятиями, реализующими ассортимент взаимодополняемых товаров, где цена целого набора меньше суммы частей его составляющих. Наиболее конкурентоспособные компании, хорошо известные на рынке, проводят политику престижной цены, как показателя качества и бренда фирмы.

Однако, выбор окончательной цены производителем не является окончательным вариантом ценовой стратегии. В связи с тем, что на ценообразование оказывают влияние потребители, наличие спроса, конкуренция компании вынуждены манипулировать с ценой, внося некоторые изменения в первоначально установленные цены. Именно в таких случаях используется разнообразная система скидок. Наиболее перспективными являются: общая скидка со справочной цены; бонусная скидка для закрепления покупателей за фирмой; прогрессивная скидка за количество и объём покупки; сезонная скидка – за приобретение товара вне сезона; скрытая скидка в виде оказания бесплатных услуг. Использование этих и других скидок в ценообразовании психологически стимулирует покупательский спрос.

Таким образом, можно подчеркнуть, что предприятия варьируют изменением стоимости продукции, не допуская убыточности выпускаемых изделий, что способствует привлечению потенциальных покупателей. Соотношение же «цена – качество» является наиболее важным аспектом в выборе товаров, а использование рекламы выступает как психологический способ воздействия на потребителей, что в конечном итоге увеличивает вероятность покупок и реально влияет на потребительское поведение.

Литература:

- 1 Яковлев, Н.Я. Цены и ценообразование / Н.Я.Яковлев .- Мн: Вышэйшая школа, 2008. – С. 210
2. Гапошина, Л.Г. Ценообразование в маркетинге / Л.Г. Гапошина. – Мн: Вышэйшая школа, 2008. – С. 210

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Припутневич И.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Станько Э.П.

Актуальность настоящего исследования определяется недостаточной изученностью индивидуально-психологических особенностей лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью и необходимостью индивидуализации форм оказания медико-психологической и реабилитационной помощи.

Цель: изучение личностных особенностей наркологических больных для повышения эффективности проведения клиент-центрированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Задачи: изучить преморбидные особенности больных с алкогольной и наркотической зависимостью; выявить личностные особенности больных с алкогольной и наркотической зависимостью; определить влияние преморбидных особенностей на формирование личностных изменений больных.

Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-статистический. Для клинического интервьюирования и обеспечения стандартизации исследования использовалась регистрационная карта обследования больных с зависимостью, разработанная на кафедре психиатрии и наркологии УО «ГрГМУ». Для объективизации и уточнения личностных особенностей больных применялось экспериментально-психологическое исследование с использованием опросников Г. Шмишека, FPI, 16PF и тест А.С. Будаси.

Результаты работы. Установлено, что психопатологически отягощенную наследственность имели 90% больных с алкогольной и 35% больных с наркотической зависимостью. Воспитание в неполной семье, неблагоприятные условия проживания, воспитание по типу гипопротекции отмечены у 90% больных с алкогольной зависимостью и у 60% с наркотической зависимостью. В преморбиде у больных с алкогольной зависимостью чаще наблюдались: паранояльный (85%), эмотивный (75%), гипертимный, неустойчивый (65%), педантичный, циклотимный (60%) типы акцентуаций характера, у больных с наркотической зависимостью – неустойчивый (90%), паранояльный, циклотимный (75%), возбудимый (70%), гипертимный и педантичный (60%). У больных с алкогольной зависимостью доминировали эмоциональная лабильность (85%), раздражительность (75%), рассудительность, практичность, прямолинейность, депрессивность, застенчивость (65%), невротичность (60%), подчиненность, безответственность и робость (55%). У больных с наркотической зависимостью преобладающими были невротичность (80%), эмоциональная лабильность (75%), депрессивность (70%), безответственность, агрессивность, раздражительность (60%) и прямолинейность (55%).

Выводы. Проведенное исследование подтверждает необходимость разработки новых методов лечения химической зависимости, а также рекомендаций по стратегии и тактике проведения психокоррекционных мероприятий с учетом личностных особенностей больных. Углубленное понимание закономерностей участия личности в формировании алкогольной и наркотической зависимости и ее инволюции открывает перспективу для поиска стиля психотерапевтического воздействия и методов психокоррекции, определяемых типологическими и индивидуальными особенностями пациентов.

Литература:

1. Bleuler E. Руководство по психиатрии. -Берлин, 1920.-542с.
2. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма.-Москва-Медицина,1988.-285с.

ОСНОВНЫЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЮНОШЕЙ Г. ГРОДНО В ДИНАМИКЕ

Приходько Е.С., Ярмолик А.В., Вильчинская Л.П.

Кафедра анатомии человека

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Одним из важных направлений современной медицины в оценке состояния здоровья является изучение конституциональных особенностей индивида. В связи с этим было проведено обследование 100 юношей, обучающихся на первом курсе УО «Гродненский государственный медицинский университет», средний возраст которых составил $18,06 \pm 0,9$ лет.

Антропометрическое обследование проводилось в соответствии с общепринятыми правилами (Бунак В.В., 1941; Мартыросов В.Э., 1982). Результаты исследования оценивались согласно общепринятым методам статистического анализа с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» [1].

Выявлено, что среднее значение роста юношей составляет $179,55 \pm 7,43$ см, при колебании данного показателя в пределах от 159,0 до 196,0 см; а масса тела – $69,61 \pm 10,89$ кг, при колебании веса в пределах от 50,0 до 109,0 кг. Грудная клетка характеризовалась следующими параметрами: обхват грудной клетки составил $92,00 \pm 5,98$ см, диаметр плеч – $37,06 \pm 3,32$ см, поперечный диаметр грудной клетки – $27,30 \pm 2,73$ см и передне-задний диаметр – $19,08 \pm 2,75$ см.

Полученные результаты основных антропометрических параметров юношей 1998 года мы сравнивали с аналогичными антропометрическими показателями популяционного исследования (Сидорович С.А., 1998) физического статуса юношей г.Гродно в возрасте от 17 до 21 года, используя одинаковые методические и методологические подходы [2]. Выявлено, что среднее значение роста 1015 юношей, обследованных 10 лет назад, составил $178,67 \pm 6,09$ см, при колебании данного показателя в пределах от 160,0 до 197,0 см; а масса тела – $66,93 \pm 8,97$ кг, при колебании веса в пределах от 44,5 до 107,0 кг. Грудная клетка характеризовалась следующими параметрами: обхват грудной клетки составил $89,08 \pm 5,02$ см, диаметр плеч – $39,42 \pm 1,80$ см, поперечный диаметр грудной клетки – $26,32 \pm 1,60$ см и передне-задний диаметр – $17,96 \pm 1,53$ см.

Анализ полученных данных показал, что за прошедшие 10 лет параметры массы тела, обхват грудной клетки, поперечный и передне-задний диаметры грудной клетки юношей данной возрастной группы достоверно увеличились, в то время как средние значение длины тела снизилось.

Литература:

1. Дерябин, В.Е. Решение задач обработки антропологических данных с использованием компьютера. – Москва, 2007 – 79 с.
2. Сидорович, С.А. Связь анатомической конституции с серологическими и дерматоглифическими показателями у мужчин призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / С.А. Сидорович. – Минск, 2001. – 19 с.

ГЛУТАТИОН-СБЕРЕГАЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ ПРЕПАРАТА «СИБИТАЦИН» ПРИ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Прихожий А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Петушок Н.Э.

При изучении биохимических аспектов действия этанола на организм особое внимание уделяется балансу интенсивности прооксидантных процессов и эффективности функционирования системы антиоксидантной защиты в печени. Активация алкогольдегидрогеназы и ферментов микросомального окисления, участвующих в метаболизме этанола, ведет к избыточной продукции свободных радикалов, чем создает дополнительную нагрузку на антиоксидантную систему. При функциональной

недостаточности последней пероксидационные процессы могут усиливаться, вызывая серьезные повреждения клеток. Поэтому применение препаратов, которые способствовали бы активации, или, по крайней мере, стабилизации систем антиоксидантной защиты, является одним из перспективных направлений в поиске средств метаболической коррекции при алкогольных поражениях печени.

В нашей работе мы изучили изменения активностей глутатионпероксидазы (ГПО) и глутатионредуктазы (ГР), а также содержания восстановленного глутатиона (GSH) тиобарбитурат-реагирующих продуктов (ТБК-РП) в печени крыс при введении препарата «Сибитацин» на фоне прерывистой алкогольной интоксикации.

Эксперимент выполнен на белых беспородных крысах-самцах массой 180 – 220 г, содержащихся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. Животным экспериментальных групп в течение 4 суток дважды в день внутривенно вводили 25 % раствор этанола в дозе 3,5 г/кг массы тела, после этого следовало 3 суток отмены введения этанола, в течение которых животные получали «Сибитацин» (300 мг/кг/сутки, 2 раза в сутки в/ж в 5% суспензии крахмала). Животным группы сравнения «Сибитацин» не вводили. В первой опытной группе такой цикл повторялся 2 раза, а во второй – 4 раза. Животные контрольной группы подвергались тем же манипуляциям и в том же режиме, что и крысы из экспериментальных групп. Вместо раствора этанола им вводили эквивалентное количество 0.9% раствора NaCl.

Нами установлено, что после двухнедельной прерывистой алкогольной интоксикации концентрация GSH и ТБК-РП, а также активность ГПО снижены (на 40, 28 и 24% соответственно), активность ГР существенно повышена (на 66%) в сравнении с контролем. Спустя 4 недели активности ферментов от контрольных достоверно не отличаются, а уровень GSH остается пониженным. Такие изменения указывают на то, при прерывистой алкогольной интоксикации возникают серьезные нарушения в функционировании системы глутатиона, выражающиеся в значительном снижении уровня этого регуляторного пептида в печени. У животных, получавших «Сибитацин», не наблюдалось снижения уровня восстановленного глутатиона ни через две, ни через четыре недели прерывистой алкогольной интоксикации. Снижение активности ГПО после двух циклов введения препарата также носило не столь выраженный характер, а после четырех циклов активность фермента даже возрастала.

Таким образом, выявленные нами эффекты демонстрируют положительное влияние «Сибитацина» на функциональную активность глутатионовой системы в печени крыс при прерывистой алкогольной интоксикации.

СВЯЗЬ СРЕДНЕГО БАЛЛА С УСПЕШНОСТЬЮ СДАЧИ ЗАЧЕТА

Проданец Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – магистр естественных наук, преп. Копыцкий А.В.

В студенческой среде часто встречается мнение, что успеваемость в семестре и успешность сдачи зачета по некоторой дисциплине слабо взаимосвязаны. Часто говорят о том, что существует возможность успешно сдать зачет при отсутствии работы в семестре. С целью рассмотрения данного утверждения было проведено исследование о влиянии продуктивности работы в семестре на успешность сдачи зачета.

Таким образом, целью данного исследования является выявление взаимосвязи между средним баллом в семестре и успешностью сдачи зачета. Для достижения поставленной цели необходимо рассмотреть корреляцию между средним баллом в семестре (как показателем продуктивности работы студента) и результатами сдачи зачета.

Для решения поставленной задачи определялся бисериальный коэффициент корреляции для переменных «средний балл» и «зачтено/не зачтено» и коэффициент

ранговых корреляций Спирмена для переменных «средний балл» и «количество попыток сдачи зачета». В качестве исходных данных были случайным образом отобраны данные об успешности сдачи зачета по дисциплине «Медицинская и биологическая физика» тремя группами студентов (объем выборки $n=46$) лечебного факультета первого курса ГрГМУ.

В ходе решения задачи были получены следующие результаты:

Выявлена статистически значимая корреляция (при уровне значимости $p<0.05$) между средним баллом в семестре и успешностью сдачи зачета. В данном случае находился бисериальный коэффициент корреляции ($r_b=0.57$) между переменными «ср. балл» и «зачтено/не зачтено», а для определения значимости этого коэффициента использовался t -критерий Стьюдента, который сравнивался в дальнейшем с критическими значениями.

Обнаружена статистически значимая корреляция (при уровне значимости $p<0.05$) между средним баллом в семестре и числом попыток сдачи зачета. Здесь проводились вычисления значения коэффициента ранговой корреляции Спирмена ($r_s=-0.62$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что средний балл в семестре можно рассматривать как показатель успешности обучения студента. Средний балл зависит от качества самостоятельной работы и работы на семинарских занятиях, усердности в освоении материала, отношения к изучаемой дисциплине.

Таким образом, обоснованная связь между средним баллом и результативностью сдачи зачета должна стимулировать студентов к более активному и усердному изучению данной дисциплины.

Литература:

1. Таганов Д.Н. SPSS: Статистический анализ в маркетинговых исследованиях. – СПб.: Питер, 2005. – 166 с.
2. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.

ВЛИЯНИЕ КСЕНОБИОТИКОВ НА КАНЦЕРОГЕНЕЗ

Прохорова Л.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – Прохоров И.И.

Ксенобиотик – чужеродное (т.е. не участвующее в пластическом или энергетическом обмене) вещество, попадающее в организм. Судьба этих веществ в организме подчиняется общим законам токсикокинетики. Однако в действии на организм им присущ ряд особенностей. Так, развивающиеся под их влиянием эффекты носят отсроченный характер и являются следствием, как правило, длительного кумулятивного действия в малых дозах. Активность рассматриваемой группы веществ в отношении молекул – носителей наследственности в известной степени уникальна. Первым, кто осознал возможность химической этиологии рака был Percival Pott. В 1775 году им описан рак мошонки у ряда пациентов. Все они были трубочистами, что и натолкнуло доктора Pott на мысль, что длительный контакт кожи с сажей, может приводить к развитию рака. 100 лет спустя высокая частота рака кожи была выявлена у немецких рабочих, имевших длительный контакт с каменноугольной смолой – основным ингредиентом сажи. В 1935 году была доказана канцерогенная активность целого ряда азокрасителей. В 1937 году в опытах на собаках удалось показать, что ароматические амины, и в частности 2-нафтиламин, способны вызывать опухоли мочевого пузыря. Высокая частота случаев этого новообразования у рабочих, контактировавших с некоторыми красителями, была показана ещё в 19 веке.

В настоящее время около 20 веществ, достаточно широко используемых в промышленности, отнесены к числу канцерогенов для человека (однако этот список постоянно увеличивается). Кроме того, убедительно доказано, что работа на целом

ряде производств сопряжена с риском канцерогенеза, хотя конкретные причины (вещества), провоцирующие процесс не установлены. Это производства по синтезу аминов (рак мочевого пузыря), обработка изделий из хрома (рак лёгких), кадмия (рак простаты), никеля (рак слизистой полости носа и лёгких), резины (рак легких), гематитовые шахты (рак лёгких). Данные о смертности от новообразований, сопряженных с профессиональной деятельностью противоречивы. По оценкам специалистов США она может составлять от 5 до 20% всех смертей от рака в этой стране. В ряде случаев канцерогенез есть результат сочетанного действия ксенобиотиков. Так, ведущим канцерогенным фактором для человека является табачный дым. Показано, что около 90% случаев рака лёгких есть следствие неумеренного курения. До 30% смертей от рака мочевого пузыря и желудочно-кишечного тракта также связано с этой привычкой.

Канцерогенными свойствами обладают некоторые вещества природного происхождения, например афлатоксины (провоцируют развитие рака печени). Высокое содержание афлатоксинов отмечается в продуктах питания, потребляемых жителями некоторых регионов мира (Африка, Восточная Азия). Здесь эти вещества поступают в организм человека в дозах, во много раз превосходящих канцерогенные для экспериментальных животных.

В материалах, опубликованных Международной Ассоциацией Исследований Рака (МАИР), содержится указание на более чем 60 вероятных и 150 возможных веществ, факторов и производств, контакт с которыми сопряжен с реальным риском развития новообразований.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ РОССОНСКОГО РАЙОНА ПОСЛЕ ЕГО ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ НЕМЕЦКО-ФАШИСТСКИХ ЗАХВАТЧИКОВ

Пуртов А.В.

УЗ «Россонская ЦРБ», г.п. Россоны, Витебская область, Беларусь

Актуальность данного исследования заключается в том, что работа медиков в тяжёлых условиях послевоенной разрухи заслуживает не только уважения, но и представляет исторический интерес, а также служит источником богатого опыта, знаний и умений в экстремальных ситуациях.

Целью исследования являлась деятельность врачей и среднего медперсонала по восстановлению системы здравоохранения района после его оккупации в условиях вспышки инфекционных заболеваний.

В задачи исследования входило: анализ ситуации, повлекший рост числа инфекционных заболеваний в период с осени 1943 по весну 1944 года, характеристика структуры регионального здравоохранения, установление роли медицинских работников в ликвидации эпидемии сыпного тифа в Россонском районе за данный период времени.

В работе использованы общенаучные методы: исторический, историко-типологический, статистический, аналитический.

В результате исследования выяснилось, что к ноябрю 1943 регулярными частями Красной Армии была освобождена территория 6 сельских советов района. Райздравотдел, который возглавил присланный из Москвы Кацнельсон А.Б., начал свою работу с 5 ноября. Витебским облздравотделом на освобождённую территорию были направлены санитарные врачи, врачи по медицинскому обслуживанию населения. В обязанности председателей вновь созданных райисполкомов входило восстановление разрушенных медицинских и лечебно-профилактических учреждений района. Для определения материального ущерба Россонскому здравоохранению за годы оккупации была создана специальная комиссия по оценке этого ущерба. Все три больницы, все фельдшерские пункты и колхозные роддома были разграблены и разрушены.

Сразу после освобождения части района его настигла гуманитарная катастрофа. С территорий, которые всё ещё находились под контролем немцев, хлынул по-

ток беженцев. Беженцы были из Освейского, Ушачского и Полоцкого районов. В конце концов, количество эвакуированных из оккупированных районов стало значительно превышать количество местных жителей. К началу 1944 года в освобождённом районе насчитывалось 14809 человек. Скуденность людей, нехватка медикаментов, голод и холод привели к тому, что район захлестнула эпидемия сыпного тифа. В январе 1944 года заболело 709 человек, а уже в феврале заболело 1025 человек. Экстренно была создана больница в д. Владимирово, возглавляемая партизанским врачом Гинзбургом Х.Д. При каждом сельсовете были созданы комиссии по охране здоровья. Из местного населения выбирались санитарные уполномоченные, которые выявляли «сыпняк» у гражданского населения. Проводилась вакцинация против тифа. Штат медиков постепенно пополнялся новыми врачами и медсёстрами. Совместными усилиями к апрелю 1944 года была побеждена эпидемия тифа и восстановлена лечебная сеть.

Выводы: в результате целенаправленных действий местных органов власти и медицинских работников в короткие сроки удалось восстановить лечебную сеть района и взять под контроль эпидемические заболевания.

Литература:

1. Зональный государственный архив в г. Полоцке, ф. 1971, оп. 4, д. 3, л.д. 6
2. Там же, ф. 1971, оп. 4, д. 5, л.д. 5.
3. Там же, ф. 1971, оп. 4, д. 9, л.д. 4
4. Там же, ф. 1971, оп. 4, д. 15, л.д. 212
5. Памяць: Гіст.-дакум. хроніка Расон. р-на / Беларусь. Энцыкл.: Гал. рэд. Б.І. Сачанка. – Мн.: БелЭн. 1994. – 558 с.

ТРОМБОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Пучинская М.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

1-я кафедра внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н., доц. Почтавец А. Ю.

Согласно современным представлениям тромбоциты играют важную роль в процессах атерогенеза. Показатели числа и размеров тромбоцитов, определяемые с помощью автоматических гемоанализаторов (так называемые тромбоцитарные индексы – ТИ), могут изменяться при развитии ишемической болезни сердца (ИБС).

Целью работы было определить значения ТИ у пациентов с атеросклеротическим кардиосклерозом (АКС) и нарушениями сердечного ритма, их связь с рядом клинических и лабораторных признаков у пациентов. В задачи входило определение ТИ, показателей общего и биохимического анализов крови, липидограммы и коагулограммы у пациентов, проведение корреляционного анализа для установления возможных связей между ними.

Материалы и методы. Были изучены истории болезни 51 пациента с АКС и нарушениями ритма сердца, преимущественно по типу пароксизмов мерцательной аритмии (ПМА). У всех пациентов не было указаний на эпизоды ишемических болей в сердце или перенесенные инфаркты миокарда в прошлом, пациенты со сложными нарушениями ритма из исследования исключались. Средний возраст пациентов $64,6 \pm 11,81$ лет, среди них 9 (37,25%) мужчин; у 45 (88,24%) пациентов имелась сопутствующая артериальная гипертензия (АГ), у 6 (11,76%) – сахарный диабет (СД). Показатели ОАК, в том числе ТИ, определялись с помощью автоматического гемоанализатора ABX Micros-60 (ABX Diagnostics, США), показатели БАК и липидограммы – на анализаторе Hitachi-912 (Roche, Япония), коагулограммы – по стандартным лабораторным методикам. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft.Inc.).

Результаты и обсуждение. Значения ТИ составили (представлены как Ме (25% -75%)), так как распределение значений ряда параметров отличалось от нормального, тест Шапиро-Уилкса, $p > 0,05$): PLT $185,0 * 109/л$ ($148,0 * 109/л$; $221,0 * 109/л$),

MPV 8,9 фл (8,3 фл; 9,3 фл), PCT 0,164 (0,137; 0,196), PDW 13,0% (11,4%; 14,0%). Корреляционный анализ (тест Спирмена) показал наличие статистически достоверных корреляционных связей между PLT и MPV ($r=-0,537$, $p<0,001$), PLT и PCT ($r=0,959$, $p<0,001$), MPV и PCT ($r=-0,320$, $p=0,02$), MPV и PDW ($r=0,447$, $p<0,01$), связи PDW с PLT и PCT установлено не было ($p>0,05$). Также было установлено наличие связи величины диастолического артериального давления (АД) с PLT ($r=-0,403$, $p<0,01$), а систолического АД с MPV ($r=0,297$, $p=0,03$). Возможным объяснением этого факта мы считаем изменение ТИ и АД под влиянием единого причинного фактора. Достоверных корреляций ТИ со значением индекса массы тела установлено не было. PLT также коррелировал с содержанием фибриногена в крови ($r=-0,373$, $p=0,035$), уровнями АЛТ ($r=0,326$, $p=0,04$) и КФК ($r=0,358$, $p=0,02$). Уровень ЛПНП коррелировал с PLT ($r=0,383$, $p=0,037$) и PDW ($r=-0,397$, $p=0,03$). Достоверные корреляции ТИ с другими лабораторными характеристиками установлены не были.

Выводы. В работе определены значения ТИ у пациентов с нарушениями сердечного ритма вследствие АКС. Обнаружены корреляции числа тромбоцитов (PLT) с их размером (MPV), уровнем диастолического АД, содержанием фибриногена, АЛТ, КФК, ЛПНП, MPV коррелировал с PDW и систолическим АД. Установленные корреляционные связи могут свидетельствовать о связи тромбоцитов с механизмами изменения данных параметров.

Литература:

1. Ruggeri Z. M. Platelets in atherothrombosis. // Nature Medicine. – 2002. – Vol. 8. – P. 1227 – 1234.
2. Mean platelet volume as a predictor of cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. / Chu S. G., Becker R. C., Berger P. B. et al. // J Thromb Haemost. – 2010. – Vol. 8. – P. 148 – 156.

ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРОВ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ В РАКЕ ПРОСТАТЫ Пучинская М.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Летковская Т. А.

Актуальность. Проблема рака простаты (РП) в современной онкологии является одной из наиболее актуальных в связи с высокой частотой данного заболевания и неуклонным ростом заболеваемости. В патогенезе его наиболее изучена роль андрогенов и их рецепторов, но имеются также убедительные данные, свидетельствующие о важной роли рецепторов эстрогенов (РЭ) в развитии РП [1, 2, 3].

Целью настоящего исследования было изучение экспрессии РЭ в РП и их связи со степенью дифференцировки и пролиферативной активностью опухоли. В задачи входила оценка экспрессии РЭ в эпителии и строме РП, суммарной экспрессии РЭ в каждом образце, проведение корреляционного анализа.

Материалы и методы. Образцы ткани РП получены при радикальной простатэктомии от 68 пациентов. Препараты окрашивались гематоксилином и эозином и иммуногистохимически с использованием антител к РЭ в разведении 1:50 и к маркеру пролиферирующих клеток Ki-67 в разведении 1:200 (DAKO, Дания). Статистическая обработка выполнена в программе Statistica 6.0 (StatSoft.Inc, США).

Результаты. Гистологическим типом РП во всех случаях была аденокарцинома. При оценке по Глисон сумма в 4 балла установлена в 14,46% случаев, 5 баллов – 16,35%, 6 и 8 баллов – по 24,04%, 7 – в 13,46% случаев, 9 – в 5,77%, 10 – в 1,92%. Индекс пролиферативной активности (ИПА) опухоли определялся как процентное отношение числа Ki-67-позитивных клеток в 4–9 случайных полях зрения к общему числу опухолевых клеток. Наиболее часто он принимал значения 4–7 (26,47%) и 7–10 (25%). Экспрессия РЭ оценивалась отдельно в эпителии и строме опухоли. При этом в эпителии РЭ отсутствовали в 51,47% случаев (в строме в

10,30%), присутствовали в 1–5% клеток в 35,29% (в строме в 39,71%), в 5–25% клеток в 10,30% (в строме в 32,35%), в 25–50% клеток в 2,94% (в строме в 11,76%) образцов, более чем в 50% опухолевых эпителиальных клеток в одном образце РЭ не встречались, но в строме в 4,41% они присутствовали в 50–75% клеток и в 1,47% случаев в 75–100% клеток. Для каждого образца вычислялась также сумма полученных баллов, которая составила 0 и 5 баллов по 10,29%, 1 балл – в 36,76%, 2 и 4 балла – по 7,35%, 3 – в 23,53% и 6 баллов в 4,41%, более высокие суммы баллов получены не были. Следует отметить, что экспрессия РЭ была значительно более выражена в строме простаты, чем в ее эпителии, в котором более чем в половине случаев РЭ отсутствовали. При корреляционном анализе установлены достоверные связи суммарной экспрессии РЭ с суммой Глисона ($r=0,460$) и ИПА ($r=0,334$), а также сильная корреляция экспрессии РЭ в строме и эпителии РП ($r=0,821$) (во всех случаях $p<0,01$).

Выводы. Экспрессия РЭ в РП выражена умеренно, РЭ в большей степени присутствуют в строме РП, а не в его эпителии. Экспрессия РЭ достоверно коррелирует со степенью дифференцировки и пролиферативной активностью опухоли, а корреляция между экспрессией РЭ в строме и эпителии опухоли оказалась сильной.

Литература:

1. Estrogen Receptors: How Do They Signal and What Are Their Targets. / Hellding N., Pike A., Andersson S. et al. // *Physiol Rev.* – 2007. – Vol. 87. – P. 905 – 931.
2. Estrogen Receptor Expression in Prostate Cancer and Premalignant Prostatic Lesions. Bonkhoff H., Fixemer T., Hunsicker I. et al. // *Am J Pathol.* – 1999. – Vol. 155. – P. 641 – 647.
3. Estrogen receptors α and β in the normal, hyperplastic and carcinomatous human prostate. Royuela M., de Miguel M. P., Bethencourt F. R. et al. // *Journal of endocrinology.* – 2001. – Vol. 168. – P. 447-454.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИБС В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Пырошкин А.В., Ершова Ю.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Научный руководитель – к.м.н. Пырошкин А.В.

За последние десятилетия интерес клиницистов привлечен к роли изменения механических свойств сосудов эластического типа в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы. Изменение эластичности сосудов адекватно отражает дисбаланс эндотелиальной системы и процессы ремоделирования стенок сосудов. Практически все факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (избыточная масса, курение, дислипидемия, гиперинсулинемия, гипергликемия и т.д.) приводят к увеличению жесткости артерий и дисфункции эндотелия (ДЭ). Показатели состояния эндотелия, определяемые методом реактивной гиперемии, и эластичность артерий функционально взаимосвязаны.

Целью нашего исследования было изучение параметров растяжимости общих сонных артерий и оценки функционального состояния эндотелия у больных ИБС, перенесших ИМ, что в комплексе позволяет оценить свойства сосудистой стенки.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 116 больных с ИМ спустя 4 недели от развития острого коронарного синдрома и 45 практически здоровых лиц. Средний возраст в группе больных составил $49,9 \pm 0,07$ лет, а в группе здоровых $44 \pm 0,68$, соответственно. 70% обследованных больных страдали артериальной гипертензией невысоких степеней I-II. С помощью ультразвукового аппарата Philips P700 произведено исследование ОСА по стандартной методике. Измерялись систолический и диастолический диаметры (d , см), величина комплекса интима-медиа (КИМ, мм). Параметры растяжимости сосудов оценивали по коэффициентам растяжимости (КР), эластичности (КЭ) и упругости (КУ). Функциональное состояние эн-

дотелия оценивалось по методике, описанной D.Celemajer, путем оценки пробы с гиперемией плечевой артерии (ПА).

Полученные **результаты** представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Параметры растяжимости ОСА, проба с реактивной гиперемией ПА

Параметры	Больные ИМ	Здоровые
Исходный диаметр ПА, мм	3,94±0,52	3,78±0,68
Поток-зависимая дилатация ПА, %	4,62±3,55	12,82 ±4,35*
ДЭ, n (%)	105 (90)	8 (18)*
КЭ, мм ² /мм рт. ст.	0,084±0,045	0,170±0,07*
КР, мм рт. ст.-1	0,0026±0,0015	0,0056±0,0022*
КУ * 105 Н/м ²	7,62±3,82	4,68±3,31*
КИМ, мм	0,97±0,25	0,62±0,08*
d, мм	6,5±0,8	6,2±0,8
САД/ДАД, мм рт.ст	127±1,269/81±0,72	124±13/80±8

*Изменение параметров достоверно по сравнению с контролем (P<0,05)

Обсуждение и выводы. В покое средний диаметр ПА достоверно не различался между группами. Поток-зависимая дилатация ПА у больных ИМ значительно снижена, что указывает на наличие выраженной дисфункции эндотелия у больных ИМ. Толщина КИМ ОСА больных ИБС в 1,4 раза превышала аналогичный показатель у здоровых лиц, утолщение КИМ свыше 0,9 мм выявлено у 66 (57%) больных ИБС (p<0,001 по сравнению со здоровыми), КЭ и КР оказались в 2 и в 2,2 раза меньше соответственно, а величина КУ – в 1,6 раза больше. Таким образом, у обследованных больных ИБС с перенесенным ИМ наблюдалось выраженное нарушение функционального состояния эндотелия ПА и показателей жесткости ОСА. Терапия больных ИМ должна быть направлена на коррекцию дисфункции эндотелия и улучшение упруго-эластических свойств сосудистой стенки.

АСБЕСТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Радкевич А.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – преп.-стажер Сезеневская Е.П.

Асбест является минералом, по поводу которого в мире проводится большое количество научных исследований на предмет его влияния на организм человека и окружающую среду. В связи с неуклонным ростом промышленности во всем мире возрастает потребность в легкодоступных и недорогих строительных материалах. Асбестовые строительные материалы являются таковыми. Но, как выяснилось, асбест – это вещество, которое вызывает такие заболевания, как асбестоз, рак легких, глотки и гортани, мезотелиома (злокачественная опухоль плевры и брюшины), рак желудка.

В Беларуси производится большое количество строительных материалов, содержащих асбест. Разновидности асбеста с длинными волокнами (серпентины) применяются в промышленности как сырье для производства нитей и асбестовых тканей. Из асбеста с короткими волокнами (амфиболы) вырабатывается пакля, применяемая для заделки щелей в моторном и машинном производствах, а также при строительстве огнеупорных установок (асбестный цемент, плиты для покрытия крыш, огнеупорные трубы). Шифер – наиболее распространенный асбестосодержащий материал, от которого не могут отказаться как от наиболее дешевого кровельного материала.

Наиболее опасна для организма асбестовая пыль, в которой содержатся мельчайшие иголки асбеста, которые и вызывают уплотнение легочной ткани. Этим

заболеванием чаще всего страдают люди, работающие на производстве асбестовых строительных материалов. В связи с высоким процентом первичной заболеваемости, инвалидизации и смертности был разработан свод практических правил, опубликованный Международным Бюро Труда (Женева, МБР, 1984 год). У людей, постоянно сталкивающихся с асбестом, например, в процессе его добычи и переработки, а также при работе с асбестосодержащими материалами (в частности, в строительстве и операциях, сопровождающихся образованием пыли) и при этом не предпринимающих адекватных мер защиты от пыли, может развиваться асбестоз – медленно развивающийся фиброз легких. Асбестоз относится к числу легочных заболеваний семейства пневмокониозов. Заболеваемость асбестозом увеличивается пропорционально к концентрации пыли в воздухе и количеству лет, проработанных на производстве, связанном с асбестовой пылью. Таким образом, асбестоз является только профессиональным заболеванием. У людей, подвергающихся незначительному воздействию асбеста или значительному, но непродолжительное время, шанс заболеть асбестозом практически равен нулю. Однако новообразования дыхательной системы могут возникнуть и при непродолжительном воздействии асбеста. Основные сведения о канцерогенности асбеста получены в результате эпидемиологических наблюдений и опытов на животных. Все без исключения виды асбеста признаны Международным Агентством по Изучению Рака канцерогенами группы 1, т.е. являются безусловными канцерогенами для человека.

На сегодняшний день остается открытым вопрос о целесообразности дальнейшего использования асбестов.

Литература:

1. Охрана труда при использовании асбеста: Свод практических правил, опубликованный Международным Бюро Труда (Женева, МБР, 1984 год).

2. Козлов Ю.А., Старостин А.А., Глазунов Ю.И. Масштабы и перспективы промышленного производства хризотилового асбеста и изделий на его основе// Строительные материалы. -2001.-№ 5. – 7– 9.

КАТАТРАВМА: ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТОГЕНЕЗА, ИСХОДЫ

Радковец И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гаврилик Б. Л.

Во всём мире в последнее время наблюдается неуклонный рост травматизма. Техногенные и природные катастрофы, бытовые и производственные травмы, военные конфликты, как правило, приводят к тяжёлым сочетанным повреждениям органов и систем. Катастрофа в структуре сочетанной травмы занимает особое место. Это обусловлено особенностями получения травматических повреждений при падении с высоты [1]. При этом характер и локализация повреждений зависит от многих факторов. Отдельно и в совокупности основную роль играют высота падения, положение падающего на момент приземления, жесткость рельефа [2]. Следует отметить, что при катастрофе повреждения черепа и головного мозга, таза, органов брюшной и грудной полости сопутствуют переломам костей конечностей и позвоночника чаще, чем при других механизмах травм.

Нами проведён ретроспективный анализ 49 историй болезней больных с катастрофой, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно с 2000 по 2007 год. В возрасте до 10 лет был 1 (2,0%) пострадавший, он остался жив; с 11 до 20 лет 12 (24,5%), из них умерших 7 (58,3%); в возрасте 21-40 лет – 20 (40,8%), погибло 5 (25,0%) человек; в возрасте 41-60 – 11 (22,5%), погибло 4 (36,4%); старше 60 лет – 5 (10,2%), умерших 4 (80,0%). Среди пострадавших было 31 (43,3%) мужчин и 18 (36,7%) женщин. Обстоятельства травмы были следующие: суицидальная цель – 10 (20,4%) случаев, бытовая травма- 37 (75,5%), производственная травма – 2 (4,1%) случая. С высоты 2-9 м упало 11 (22,5%) пострадавших, из

них погибло 3 (27,3%); с 10-17 м – 28 (57,1%), умерших 13 (46,4%); с 17-25 м – 9 (18,4%), погибших 4 (44,4%); с высоты более 25 м – 1 (2,0%), пострадавший выжил. В сроки до 35 минут доставлены в стационар 14(28,6%) человек; до 1,5 часа – 17 (34,7%); до 3 часов – 8(16,3%); до 1 суток – 6(12,2%) пострадавших; свыше суток – 4 (8,2%).

Шок 1 степени был выставлен – 12(24,5%) пациентам, шок 2 степени – 20 (40,8%), шок 3 степени – 12 (24,5%). Шок не наблюдался у 5 (10,2%) пострадавших. У всех пациентов имелаась сочетанная травма. Закрытая травма живота при кататравме наблюдалась у 25 (51,0%) пострадавших, черепно-мозговая травма также у 25 (51,0%), закрытая травма груди – у 17 (34,7%), почек – у 13 (26,5%), повреждение опорно-двигательного аппарата – у 36 (73,5%). При травме живота наиболее часто повреждались селезёнка, печень и кишечник. У 7 человек наблюдалось одномоментное повреждение указанных органов брюшной полости. На фоне противошоковых мероприятий и с учётом ведущего повреждения проводились соответствующие оперативные пособия по экстренным показаниям. Умерло 20(40,8%) человек.

Таким образом, кататравма относится к разряду тяжёлой сочетанной травмы, имеющей свои особенности травмогенеза и исходы. Для неё характерно состояние тяжёлого травматического шока, который наблюдался, по нашим данным, более чем у половины пострадавших. Определённую роль в исходе кататравмы играет возраст пациентов. Необходимо отметить, что тяжесть повреждения напрямую не зависит от высоты падения. Существенное значение имеют исходная масса пострадавшего, положение его тела в момент удара о землю, а также плотность поверхности земли.

Литература:

1. Замятин П.Н., Бойко В.В., Овусу Франк. Структура повреждений и факторы травмогенеза при кататравме// Клиническая хирургия. – 2008. – №1. – С. 43-45.
2. Никитин Г.Д., Митюнин Н.К., Грязнухин Э.Г. Множественные и сочетанные переломы костей. – Л.: Медицина, 1976. – 264 с.

УРОВНИ БИОГЕННЫХ АМИНОВ И СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В СРЕДНЕМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ КОРРЕКЦИИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Радненок К.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – доцент Дорошенко Е.М.

Актуальность: Среди многочисленной группы токсических веществ наиболее распространенным является свинец [3]. Влияние свинца на метаболизм в нервной ткани осуществляется посредством воздействия на рецепторный аппарат клеток, нарушения функции дофаминергической, холинергической и глутаматергической систем. Известно, что таурин при совместном введении с ионами цинка усиливает утилизацию незаменимых аминокислот тканями [2] и повышает проницаемость клеточных мембран и вызывает дисбаланс в системе нейромедиаторных аминокислот [2].

Цель: Выявить закономерности изменения уровней свободных аминокислот и биогенных аминов после введения свинца, а также сульфата цинка и таурина.

Методы исследования: В эксперименте было использовано 28 белых крыс-самцов гетерогенной популяции. Ацетат свинца вводили в дозе 150 мг/кг массы тела внутрибрюшинно однократно, а также совместно с таурином и сульфатом цинка (по 100 мг/кг) в течение 10 дней. Контрольные животные получали эквивалентное количество воды внутрижелудочно. Уровни свободных аминокислот определяли в хлорнокислых экстрактах гипоталамуса крыс методом обращенно-фазной ВЭЖХ после предколоночной дериватизации с детектированием по флуоресценции. Статистическую обработку проводили с помощью t-теста для независимых выборок после проверки нормальности выборки и с учетом сравнения дисперсий.

Результаты: Установлено понижение концентрации тирозина, который является предшественником катехоламинов [1]. Снижение уровня данной аминокислоты свидетельствует о возможном нарушении синтеза катехоламинов. Также можно предположить о нарушении переаминирования тирозина в нейрональной ткани. Уменьшение уровня триптофана может означать снижение реакции переаминирования с использованием щавелевоуксусной кислоты, где данная аминокислота выступает в роли акцептора аминогруппы. Известно, что даже физиологические вариации уровня триптофана мозга влияют на синтез серотонина [1], что дает возможность предположить, что образование серотонина может снижаться. Регуляция уровня триптофана, а следовательно, и серотонина в мозге обеспечивается посредством кинуренинового пути катаболизма триптофана, реализующийся в печени [1], что может свидетельствовать об усилении катаболизма данной аминокислоты. Увеличение концентрации 5-гидрокситриптамина дает возможность полагать, что усиливается синтез триптофола и оксииндолуксусной кислоты. Достоверное снижение уровня дофамина может свидетельствовать об уменьшении синаптической утилизации, что сопровождается снижением уровня гомованилиновой кислоты.

Вывод: Уровни биогенных аминов (дофамина) и аминокислот в среднем мозге крыс при введении свинца, тауцинка имеют тенденцию к снижению, за исключением 5-гидрокситриптамина, что может сопровождаться нарушением функционирования центральных нейротрансмиттерных систем.

Литература:

1. Ашмарин И.П., Антипенко А.Е., Ашапкин В.В., Вольский Г.Г., Дамбинова С.А. Нейрохимия, М., 1996, с.13
2. Шейбак В.М. Молекулярная и биохимическая фармакология, Гродно., 2008, с.88
3. Landrigan, P.J. Lead in the modern workplace / P.J. Landrigan, E.K. Silbergeld, J.R. Froines, R.M. Pfeffer // Am. J. Public Health. – 1990. – V. 8. – P. 907–908.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПОСТНАТАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ УРОПАТИЯМИ

Ракевич М.В., Сыроватко М.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к. м. н., доц. Иодковский К. М.

Врожденная урологическая патология наименее симптоматична в первые месяцы и даже годы жизни ребёнка до присоединения таких грозных осложнений, как хронический пиелонефрит и почечная недостаточность. Ранняя диагностика в пренатальном периоде, а затем консультирование беременной женщины генетиком и детским урологом, правильная тактика ведения детей с урологической патологией позволяет выбрать оптимальный метод лечения, улучшить качество их жизни и предупредить инвалидизацию [1, 2].

Цель работы: изучить динамику течения врожденных обструктивных уropатий у детей в антенатальном, неонатальном периоде, грудном и раннем детском возрасте.

Материал и методы: произведён анализ 58 историй болезней детей 2-го педиатрического отделения Гродненской областной детской клинической больницы, операционных журналов с 2005 по 2010 год.

Результаты и их обсуждение. С 2005 по 2010 год во 2-е педиатрическое отделение поступило 58 детей с диагнозом обструктивная уropатия (пиелозктазия, уретерогидронефроз, гидронефроз 1-4 степени). Из них с диагнозом пиелозктазия – 9 (13,4%), уретерогидронефроз – 12 (18%), гидронефроз 1 ст. – 7 (10,4%), гидронефроз 2 ст. – 33 (49,2%), гидронефроз 3 ст. – 3 (4,5%), гидронефроз 4 ст. – 3 (4,5%). Двухсторонний процесс в – 9 (15,5%) случаях. Обструктивная уropатия, осложненная инфекцией мочевых путей, отмечалась в 22 (38%) случаях. Сочетанная патология с

другими аномалиями почек в 7 (12,0%) случаях (удвоение почки, мультикистозное поражение, дисплазия почки, агенезия, мегауретер). У 41 (70,6%) ребенка патология почек сочеталась с поражениями ЦНС и сердечно-сосудистой системы. Врожденные пороки развития (ВПР) почек были выявлены антенатально, и только в одном случае после рождения.

Из всех детей, у которых выявлен гидронефроз антенатально, оперировано 11 (операция по Хайнсу-Андерсону); в четырёх случаях при декомпенсированном гидронефрозе, как первый этап операции, произведена пункционная нефростома, у одного больного при уретерогидронефрозе наложена уретерокутанеостома.

Все дети были выписаны домой под наблюдение детского уролога и участкового педиатра с УЗИ-контролем состояния почки каждые 6 месяцев. С профилактической целью инфекции мочевых путей назначались уросептики и «Канефрон» по схеме в возрастной дозировке.

Выводы:

1. Новорожденные с выявленными аномалиями почек и мочевыводящих путей должны консультироваться с момента рождения детским урологом для определения дальнейшей тактики ведения больного.

2. Больные с ВПР подлежат диспансерному наблюдению с контролем УЗИ через 1, 3, 6 месяцев для определения дальнейшей тактики лечения.

Литература:

1. Юшко Е.И. Пренатальная ультразвуковая диагностика пороков развития мочевыделительной системы: руководство для врачей // Кондрашова С.П., Юшко Е.И., Чуканов А.Н., Михеева Н.Г. – 2007.

2. Адаменко, О.Б. Ультразвуковой мониторинг в пренатальной диагностике аномалий мочевой системы и определении тактики ведения детей / О.Б. Адаменко, З.А. Халепа, Л.Ю. Котова // Педиатрия, 2008. – Т. 8, с. 15-17.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

Рандаревич А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Шейбак В.М.

Среди осложнений бактериальной деструкции легких (БДЛ) основную часть составляют плевральные, более половины случаев приходится на детей раннего возраста. Видеоторакоскопические операции занимают важное место в лечении осложнений БДЛ. Цель работы: оценить опыт применения торакоскопической санации плевральной полости в лечении осложнений БДЛ. Нами проведен анализ историй болезни детей с данной патологией. С 2009 года по настоящее время в клинике детской хирургии ГрГМУ оперировано 5 детей с фибринозно-гнойными и фибринозно-экссудативными формами плеврита. Из них 4 девочки и 1 мальчик. По возрасту: трое детей дошкольного периода, двое младшего школьного. Городских- 4, и 1- из сельской местности. Торакоскопия выполнялась на 1-е, 2-е, 4-е, 18-е, 27-е сутки после госпитализации. Показаниями к операции явились: затемнение половины грудной клетки на рентгенограмме; лейкоцитоз и повышение СОЭ; наличие экссудата в плевральной полости при ультрасонографическом исследовании; лейкоцитоз, повышение общего белка и СРБ в плевральных пунктатах. Также одному ребёнку проводилась рентгенокомпьютерная томография. После предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом выполнена видеоторакоскопическая ревизия плевральной полости. Во всех 5 случаях поражённое лёгкое коллабировано, вся плевральная полость в массивных фибринозных сращениях, образующих множественные карманы в виде «сот», в которых находилось от 100 до 250 мл выпота. В 4-х случаях – гнойный экссудат, в 1-м – серозная жидкость. На париетальной и висцеральной плевре- массивные наложения фибрина от 0,5 до 1,5 см. толщиной. В одном случае

фибринозно-гнойного плеврита после разделения сращений был обнаружен кортикальный абсцесс, который вскрыли, санировали и дренировали. Сращения разделены, фибрин удалён. Лаваж плевральной полости 0,9% раствором NaCl. Завершена операция дренированием плевральной полости. В послеоперационном периоде проводилась активная аспирация, интенсивная терапия, антибиотикотерапия, введение в плевральную полость стрептокиназы (четверым детям). В результате лёгкое на стороне поражения полностью расправилось и гнойно-деструктивный процесс ликвидировался (подтверждено данными клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования).

Результаты. Клинический эффект видеоторакоскопических операций проявляется в положительной динамике состояния ребёнка, уменьшении явлений интоксикации и дыхательной недостаточности, увеличении экскурсии грудной клетки, улучшении аускультативной картины дыхания. Результаты лечения благодаря видеоторакоскопическим операциям улучшились, а сроки сократились. Дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии на 15-й, 17-й, 18-й, 22-й и 24-й дни после операции.

Выводы:

1. Торакоскопическая операция – это современный подход в лечении легочно-плевральных форм БДЛ.
2. Преимущество торакоскопической санации – хорошая визуализация плевральной полости, эффективность и малотравматичность.
3. Ранняя санация плевральной полости является профилактикой развития хронической эмпиемы плевры и сокращает сроки лечения детей с БДЛ.

Литература:

1. Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Бревдо Ю.Ф. и др. Видеоторакоскопия в лечении деструктивной пневмонии у детей. // Материалы девятого Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва, 2010 г.. с.410-411.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКОЕ СОЧЕТАНИЕ В ПОДЪЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ

Рахманова М.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – ст. преп. Дымова Е.А.

Учение о терминологическом сочетании имеет достаточно бурную историю развития, которая не утратила актуальности в настоящее время и, можно предполагать, не будет окончена и в ближайшем будущем.

Целью данного исследования явилось получение более точного представления о составном термине, его общеязыковых свойствах. Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: выявить внутренние признаки терминологического сочетания, особенности структуры, функционирования, идентифицирующие или различающие терминологическое сочетание со свободным и фразеологическим словосочетанием.

Методы исследования выбраны с учётом специфики объекта, языкового материала, целей и задач исследования. Использовались синхронно-описательный и функциональный методы.

В результате проведённого исследования получены следующие **результаты**:

- терминологическое сочетание возникает в речи как средство номинации научно-технического понятия. В языке терминологическое сочетание выполняет функцию номинации;
- не исключается параллельное использование терминологического сочетания и слова или фразеологизма в качестве наименования одного и того же понятия;
- для терминологического сочетания характерны воспроизводимость и устойчивость как важнейшие качества фразеологизмов и многословных терминов;

- быстрое развитие медицины становится причиной быстрой смены устойчивых понятий и их терминологических обозначений, чем объясняется большая мобильность терминосистем по сравнению с фразеологизмами.

На основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: внешние функциональные свойства многословных терминов позволяют проводить параллели между терминологическими сочетаниями и фразеологическими выражениями. Если сравнивать терминологические сочетания, постоянно пополняющие терминологический фонд медицины со свободными словосочетаниями, можно утверждать, что по своим внутренним признакам многословные термины близки свободным словосочетаниям общеупотребительного языка – они выражают и обозначают составное, но единое понятие. Отдельные компоненты многословной терминологической единицы выражают существенные признаки научного понятия, общее значение терминологического сочетания определяется семантикой отдельных составляющих. Основной определяющей чертой многословных терминологических единиц, позволяющей выделить их в отдельный класс, является связь с научным понятием.

Литература:

1. Головня, А.И. Словообразование в терминологической лексике / А.И. Головня // Словообразование и номинативная деривация в славянских языках: материалы VII Междунар. науч. конференции. – Гродно, 2000г. – С.400-403.
2. Толикина, Е.Н. О системном соотношении терминологического сочетания и фразеологической единицы / Е.Н. Толикина // Проблемы фразеологии. – М., 2004. – С.150-172.
3. Чейф, У.Л. Значение и структура языка / У.Л. Чейф. – 3-е изд. – М., 2009.

БИОГЕННЫЕ АМИНЫ В СТРИАТУМЕ КРЫС ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И КОРРЕКЦИИ СОВМЕСТНЫМ ВВЕДЕНИЕМ ТАУРИНА И СУЛЬФАТА ЦИНКА

Рипинская О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – доц., к.б.н. Дорошенко Е.М.

Актуальность: Дисбаланс биогенных аминов в стриатуме крыс, возникающий на фоне свинцовой интоксикации, может приводить к нарушениям в нейротрансмиттерных системах головного мозга. Дофаминергическая система играет важную роль в регуляции сложных двигательных функций, в развитии эмоциональных реакций [1]. Серотонин участвует в терморегуляции, сенсорном восприятии и процессах сна [1]. Свинцовая интоксикация по частоте занимает одно из первых мест среди профзаболеваний [2]. Она может быть основой патогенеза синдрома паркинсонизма, нейропсихических расстройств. Поиск путей коррекции данной интоксикации является важной проблемой в медицине.

Цель: Исследовать влияние свинцовой интоксикации на системы биогенных аминов в стриатуме крыс и эффекты коррекции таурином и ионами цинка.

Задачи: Исследовать спектр биогенных аминов, их предшественников и метаболитов в стриатуме крыс после коррекции свинцовой интоксикации таурином и сульфатом цинка.

Методы исследования: В эксперименте использовано 28 белых крыс-самцов гетерогенной популяции, со свободным доступом к воде. В течение 10 дней им вводили внутрибрюшинно ацетат свинца в дозе 150 мг/кг, также совместно осуществлялась коррекция таурином и сульфатом цинка (по 100 мг/кг). Определение уровня биогенных аминов, их предшественников и метаболитов осуществлялось в хлорнокислых экстрактах стриатума методом ион-парной обращенно-фазной ВЭЖХ с детектированием по природной флуоресценции. Статистическую обработку проводили с помощью Т-теста для независимых выборок после проверки нормальности выборки и с учетом сравнения дисперсий.

Результаты: При свинцовой интоксикации в стриатуме наблюдалось снижение уровней DOPA, Туг, HVA, DA и незначительно 5-НТ с одновременным повышением Тгр, 5-НТР, 5-ННА. Это свидетельствует о том, что в стриатуме происходит нарушение баланса биогенных аминов. Соединения, которые способны частично удалить из синапсов моноаминовые нейромедиаторы, вызывают депрессию [1]. При торможении синтеза серотонина активируется альтернативный механизм – триптаминовый путь. Из триптофана образуется триптамиин, из которого серотонин не образуется [3]. После совместного введения таурина и цинка сульфата уровни DOPA, HVA, 5-НТР, 5-ННА возросли, а содержание DA, 5-НТ еще более снизилось. Тгр и Туг остались прежними. Увеличение уровней гомованилиновой кислоты и оксииндолуксусной кислоты на фоне уменьшения дофамина и серотонина свидетельствует о их ускоренной утилизации, что дает возможность предполагать активацию КОМТ и МАО. Достоверное увеличение уровня 5-НТР свидетельствует о ускорении реакции гидроксирования триптофана, катализируемого ферментом триптофан-5-гидроксилазой [1].

Выводы: На фоне свинцовой интоксикации и коррекции таурином и сульфатом цинка происходит снижение уровней дофамина и серотонина на фоне увеличения их деградации, что свидетельствует о повышенной утилизации данных нейротрансмиттеров. Это может привести к истощению пула дофамина и серотонина и нарушению функционирования соответствующих нейротрансмиттерных систем головного мозга.

Литература:

1. Ашмарин И.П., Антипенко А.Е., Ашапкин В.В., Вольский Г.Г., Дамбинова С.А. Нейрохимия // М. – 1996. – с.62, 255-256.
2. Атчабаров Б.А. Поражение нервной системы при свинцовой интоксикации // Алма-Ата: Наука – 1966. – 435 с.
3. Лелевич В.В. Нейрохимия // Гродно: ГрГМУ – 2008. – 136 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Розумец О.М., Дементюк Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – проф., д.м.н. Тищенко Е.М.

Рациональное питание – важнейший компонент здорового образа жизни.

Цель исследования. Выявить наиболее распространенные факторы риска болезней органов пищеварения у студентов медицинского университета.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили данные анонимного опроса студентов лечебного факультета УО "Гродненский государственный медицинский университет". На добровольной основе были опрошены 241 человек 4 курса лечебного факультета. Опрос проведен весной 2010 года. Возраст опрошенных студентов $M+m=20,5+1,5$. В качестве инструментария использовалась анкета, которая включала 28 вопросов закрытого типа.

Результаты и обсуждение. Из студентов 4 курса большая часть (65%) проживают в общежитии, 19% с родителями, 11% снимают квартиру и 8% проживают в собственных квартирах. Установлено, что 10% опрошенных оценивают своё здоровье на 5 баллов (по пятибалльной шкале), 53% – на 4 балла, 32% – на 3, 1,5% – на 2, а 0,5% – всего лишь на 1 балл. У 3% ответ на этот вопрос вызвал затруднение. Респонденты обладали следующими группами крови: I (0) – 34%, II (A) – 28%, III (B) – 15%, IV (AB) – 7%. 16% затруднились ответить.

У девятой части респондентов (11%) имеется пищевая аллергия. Основными аллергенами указаны: молоко, шоколад, цитрусовые.

60% опрошенных студентов утверждают, что постоянно подвергаются стрессу. Огорчает тот факт, что у трети студентов имеются вредные привычки (употреб-

ление алкоголя, курение). Почти третья часть жуёт жевательную резинку более 30 минут в день.

56% опрошенных отмечают своё питание нерациональным, и только 11% называют его рациональным. Половина студентов употребляют нормальное количество углеводов, 38% – повышенное. Есть студенты, которые считают, что употребляют сниженное количество углеводов. Большая часть респондентов считают, что в их рационе недостаточно овощей и фруктов.

У половины опрошенных студентов частота приёма пищи соответствует норме. Пятая же часть принимают пищу не регулярно. Основной приём пищи у 63% опрошенных студентов приходится на обеденное время. Есть и те, которые основную часть своего суточного рациона употребляют утром. 57% опрошенных питаются в основном жареной пищей и “всухомятку”. А 43 % предпочитают варёную и тушёную еду.

У каждого третьего анкетированного (30%) имеются болезни органов пищеварения. Причём у 74% из них это хронический гастрит, у 11% – язва желудка и двенадцатиперстной кишки, 7 % – дискинезия желчевыводящих путей, у 4% – хронический колит и у 4 % – эзофагит.

У 54% студентов состояние органов пищеварения за время учёбы в университете ухудшилось, у 30 % оно осталось прежним, и лишь 1% отмечают улучшение состояния.

Выводы. Таким образом, основными факторами, провоцирующими заболевания органов пищеварения у студентов 4 курса лечебного факультета, являются: стресс, распределение суточного рациона и способ приготовления пищи. Полученные результаты заслуживают внимания при организации питания студентов.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И КЛИНИКИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ

Рудик О.С., Невдах О.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Богуцкий М.И.

Несмотря на некоторую стабилизацию показателей, заболеваемость сальмонеллёзом в Республике Беларусь составляет 45,5% на 100 тысяч населения. Изменившаяся этиологическая структура возбудителей сальмонеллеза, их способность выступать в роли внутрибольничной инфекции определяют актуальность изучения данной патологии [1, 2].

Цель исследования. Изучить особенности эпидемиологии и клиники сальмонеллеза в современный период.

Материал и методы. Наблюдались 86 больных сальмонеллёзом, находившихся на лечении в областном инфекционном стационаре. Обследование проводилось согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗ РБ. Метод работы – статистический анализ.

Результаты. В ходе исследования установлено, что среди 86 наблюдаемых больных сальмонеллёзом преобладали мужчины – 44 (51,2%), жители города – 68 (79,1%). Средний возраст составил $39,4 \pm 1,0$ года. Учащихся было $11,1 \pm 2,2\%$, рабочих и колхозников – $55,6 \pm 3,4\%$, служащих – $27,6 \pm 3,0\%$, предпринимателей – $2,8 \pm 1,1\%$, безработных – $10,1 \pm 1,8\%$, пенсионеров – $14,0 \pm 2,9\%$. Как видно из приведенных данных, чаще болели лица трудоспособного возраста, – лица, в обеденное время питающиеся вне дома (столовые, бытовки, кафетерии). Фактором передачи, по данным эпиданамнеза, чаще всего было употребление яиц и курятины – $65,9 \pm 2,8\%$, на контакт с больными сальмонеллёзом указали $12,2 \pm 1,6\%$ больных. В остальных случаях путь инфицирования не установлен.

Поступление в стационар на протяжении года было равномерным, без выраженной сезонности. Больные поступали на $3,7 \pm 0,12$ день болезни, доставлялись бри-

гадами скорой помощи (78%), переведены из других стационаров – 17,1% и 4,9% направлены врачами поликлиник.

У всех больных были гастроинтестинальные формы сальмонеллеза. Легкая форма – у 2,4% больных, среднетяжелая – у 75,6% и тяжелая у 22%. Инкубационный период в среднем составил $1,4 \pm 0,08$ дня. Лихорадка наблюдалась у $70,8 \pm 2,75\%$ больных, из них в $25,3 \pm 2,6\%$ случаев с ознобом. Продолжительность лихорадки составила $3,7 \pm 0,2$ дня. Нормотермия встречалась в $29,3 \pm 2,6\%$ случаев. Боли в животе беспокоили $78,04 \pm 2,1\%$ больных, локализовались в эпигастрии ($34,1 \pm 2,8\%$), в мезогастррии ($43,9 \pm 2,54\%$), в мезогастррии и подвздошной области в $9,7 \pm 1,23\%$ случаев. Выраженная слабость была у 77,8% больных, тошнота $56,1 \pm 2,88\%$, рвота – $56,9 \pm 2,92\%$. Диарея имела место у всех больных, стул пенистый, с зеленью – у $68,3 \pm 2,64\%$, частотой более 10 раз в сутки у $59,0 \pm 2,89\%$.

Содержание лейкоцитов в периферической крови в среднем составляло $6,2 \pm 0,88 \cdot 10^9$, палочкоядерных – $18,0 \pm 0,62\%$, сегментоядерных – $53,3 \pm 1,44\%$. Повышенная СОЭ имела место в $20,3 \pm 1,43\%$ случаев. В 63,29% случаев сальмонеллез был вызван *S. enteritidis*, в 36,0% – *S. typhimurium*, в остальных случаях – редкими штаммами.

Заключение. В эпидемический процесс при сальмонеллезе вовлекаются в основном рабочие и колхозники, принимающие пищу в обеденное время вне дома. Факторами передачи служат яйца и курятина. Клинически преобладают среднетяжелые формы сальмонеллеза с типичной клиникой. По этиологии сальмонеллез в 63,29% случаев представлен *S. enteritidis*, в 36% случаев – *S. typhimurium*.

Литература:

1. Богуцкий, М.И. Сальмонеллезная инфекция в современный период / М.И. Богуцкий [и др.] // Медицинская панорама, 2009. – №7. – С. 3–4.
2. Дмитраченко, Т.И. Сальмонеллезы, клинико-эпидемиологические и микробиологические аспекты терапии / Т.И. Дмитраченко, В.М. Семенов. – Витебск : изд-во ВГМУ, 2001. – 148 с.

АНАЛИЗ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рудская Е.В., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

Научный руководитель – к.м.н. Курбат М.Н.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) довольно распространенное заболевание. По данным European Renal Association (ERA-EDTA) Registry, в среднем она может быть оценена как 100-250 случаев на миллион населения. ХПН – симптомокомплекс, обусловленный резким уменьшением числа и функции нефронов, приводящий к нарушению деятельности всех органов и систем. Гемодиализ – основной метод лечения больных с ХПН.

Цель данной работы – анализ биохимических показателей сыворотки крови пациентов с ХПН. Особое внимание уделялось индикаторам структурного и функционального состояния клеток печени: концентрация мочевины до и после сеанса диализа, холестерина, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ) в сыворотке крови.

В работе использовались данные из историй болезней больных ХПН в терминальной стадии с клиническими формами 2А и 2Б, любезно предоставленные заведующей отделением программного гемодиализа Берёзовской ЦРБ Горустович Н.Н., с участием медицинской сестры Нестеренко С.В.

Программный гемодиализ назначен 31 пациенту в возрасте от 27 до 72 лет, из них мужчин – 11, женщин – 20.

Причиной развития терминальной стадии ХПН у пациентов Берёзовской ЦРБ послужили следующие заболевания: 25% – хронический пиелонефрит (15,62% с ис-

ходом в нефросклероз); 25% – поликистоз почек (3,125% с исходом в нефросклероз); 18,75% – хронический гломерулонефрит (12,5% с исходом в нефросклероз); 31,25% – другие заболевания почек (диабетическая нефропатия; хронический интерстициальный нефрит с исходом в нефросклероз; гипоплазия обеих почек; стеноз почечных артерий, нефроангиостеноз; амилоидоз почек с исходом в нефросклероз; синдром Рейно и др.).

Проанализировав биохимические показатели сыворотки крови, можно сделать следующие выводы: концентрация мочевины в сыворотке крови перед диализом – 23,942 +/- 5,7 ммоль/л – уремия, связанная с затруднением её выделения почками и, по неизвестным причинам, усилением её продукции печенью; концентрация мочевины после диализа – 11,176 +/- 5,7 ммоль/л – на верхней границе нормы, что демонстрирует качество и эффективность гемодиализа; активность АсАТ – 17,52 +/- 5,7 ед/л – в норме, активность АлАТ – 15,196 +/- 5,7 ед/л – в норме, что говорит о том, что деструкции клеточных мембран гепатоцитов не происходит (ферменты внутриклеточные органоспецифические), несмотря на сильнейшую интоксикацию организма. В подтверждение этого свидетельствуют коэффициент де Ритиса составляет 1,15 и данные о концентрации холестерина – 4,84 ммоль/л, находящиеся также в пределах нормы.

Динамический контроль уровня мочевины, АлАТ, АсАТ, холестерина и др. биохимических показателей крови позволяет составить четкое представление о состоянии гепатоцитов, о прогрессировании ХПН, предположить прогноз развития заболевания и назначить активные методы лечения, к которым относятся различные способы внепочечного очищения крови и трансплантация почки. Наиболее приемлемым способом очищения крови является гемодиализ, с помощью которого можно продлить жизнь больного ХПН более чем на 15 лет.

Литература:

1. Ткачук, В.А. Клиническая биохимия. / В.А. Ткачук. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Гэотар-Мед., 2004. – 512 с.
2. Камышников, В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В.С. Камышников. – М.: МЕДПресс-информ, 2004. – 920 с.

ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

Рукаун Т.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

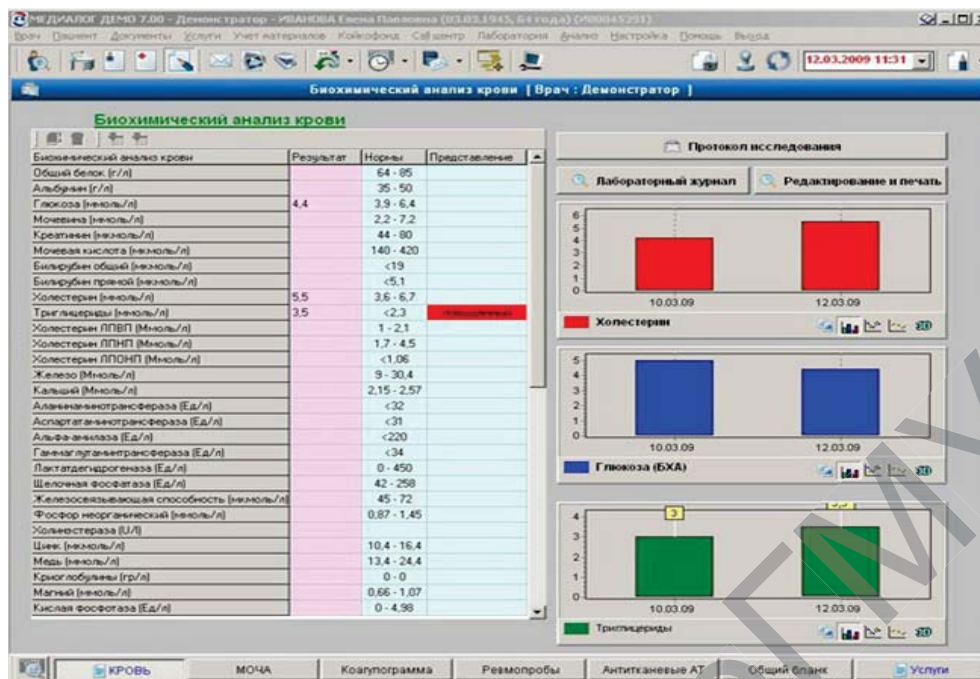
Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преп. Пашко А.К.

Электронная медицинская карта, – звучит, по меньшей мере, странно, но если попытаться задуматься хоть на секунду: «А что это такое?» и «Есть ли в этом необходимость?», – сразу становится понятным, какую огромную помощь медицине может оказать в наше время элементарная информатика.

Медицина тесно связана с накоплением и обработкой информации, ведь только анализируя многочисленные исследования и общее состояние определённой группы населения, можно быстро и точно определять результативность того или иного метода лечения, находить новые и более эффективные способы решения той или иной проблемы.

Так что же представляет собой современная электронная медицинская карта? Это та же самая карта, которую имеет каждый гражданин в нашей стране, но только в более удобном, электронном виде. Таким образом, она может находиться везде, где есть компьютер и где есть потребность вносить информацию в карту пациента.



Возможности и преимущества:

- ограниченный и более безопасный доступ к информации, находящейся в амбулаторной карте, защищённой системой паролей, доступной только пользователю (медицинскому работнику);
- быстрота и удобство внесения информации о пациенте путём заполнения конкретных пустых ячеек;
- возможность пользования такой услугой как поиск и электронный справочник;
- формировать на основе ЭМК различные выписки и справки, печатать и хранить их копию.
- возможность записи голосовых сообщений, что также является существенным доказательством при потере или неточности каких-либо данных;
- возможность внесения не только текстовой, но и графической информации;
- анализ данных, построение графиков по результатам и др.

РАЗВИТИЕ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА МОЛОДЕЧЕНЩИНЕ ЗА ПЕРИОД 1939 – 1955 ГОДОВ

Русак А.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к. и. н. Чернякевич И.С.

После присоединения западной Беларуси в 1939 – 1941 годах на Молодеченщине были открыты и действовали 2 районные больницы, 2 участковые больницы. С 1940 года по 1941 в городе Молодечно существовали 2 аптеки, амбулатория и городская больница, [1].

В период немецкой оккупации действовала молодеченская больница, которую возглавлял Иосиф Николаевич Цырлинский, расстрелянный в Вилейской тюрьме за помощь партизанам медикаментами,[4]. Сразу после освобождения открыта была молодеченская городская больница, вводились в эксплуатацию новые здания детской больницы, областной санитарной эпидемиологической станции, городской поликлиники, [1].

Во всех областях в 1947 – 1948 годах открываются больницы, (в них в 1955 создаются организационно-методические кабинеты). Уже в 1945 году в городе Молодечно была больница, станция скорой помощи, противотуберкулёзный пункт, ро-

дильный дом, поликлиника, женско-детская консультация, гос. сан. инспекция. Молодечненская областная станция переливания крови была организована в 1945 в городе Вилейка – первое учреждение службы крови в одной из областей Западной Беларуси, (с 1959 переезжает в Молодечно). В 1946 году стационар в г. Молодечно располагал шестьюдесятью койками, а в 1947 году – восьмьюдесятью двумя. Городская поликлиника с терапевтическим, хирургическим, гинекологическим, кожно-венерологическим, трахоматозным, стоматологическим, рентгенологическим кабинетами располагалась в приспособленных зданиях. Главной проблемой послевоенного времени, кроме нехватки людей (известен случай, когда на должность врача была принята гражданка, которая не смогла ни документально, ни на практике подтвердить квалификацию), средств (до августа 1946 г. станция скорой помощи не имела нормального помещения и располагалась в бараке, после разместились в женской детской консультации и получила в распоряжение одну единственную машину, а до августа 1946 врачи скорой помощи добирались к больному на попутном, часто гужевом, транспорте), полностью разрушенной инфраструктуры, были эпидемии, [2]. Уже в 1947 на каждом железнодорожном вокзале был организован санпропускник. С 21 февраля 1949 года были объединены одним руководством больницы и поликлиники – и врачи больниц стали принимать в поликлиниках и амбулаториях. 29 августа 1949 года при Молодечненском облздравотделе была создана санитарная авиационная станция, [3]. С 1951 по 1955 годы были построены аптечный склад и областная санитарно-эпидемиологическая станция, проведена реконструкция городской больницы, городская поликлиника переведена в более пригодное помещение. В 1951 году областная детская больница имела 75 коек, в 1953 – 150. За период 1944 – 1955 развитие здравоохранения Беларуси имело экстенсивный характер, однако была сформирована достаточно широкая сеть медицинских учреждений – фундамент развития специализированной квалифицированной помощи, [2].

Литература:

1. Государственный Зональный архив города Молодечно
2. Фонд 904. – Оп. 1. – Д. 143, 148, 149, 151. Годовые статистические отчёты по Молодечненской области.
3. Фонд 904. – Оп. 2. – Д. 2. Годовой статистический отчёт по Молодечненской области.
4. Фонд 428. – Оп. 1. – Д. 37, 29. Годовые статистические отчёты по Молодечненской области.
5. Свито Ф.И., История медицины Молодечненщины \ Ф.И. Свито \ Молодечненская газета от 26 марта 2006 г.

СОСТОЯНИЕ ОБОНЯНИЯ ПОСЛЕ РИНОСЕПТОПЛАСТИКИ

Русакова А.И., Шелест Л.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оториноларингологии, стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Алещик И.Ч.

Актуальность. Обонятельная система осуществляет восприятие и анализ химических раздражителей (запахов), находящихся во внешней среде и действующих на органы обоняния. Обоняние принимает активное участие в жизнедеятельности человека. При его нарушении (снижении или отсутствии) качество жизни значительно ухудшается. Это имеет место при нарушении дыхания. Восстановление дыхания должно нормализовать обоняние.

Цель: определение обоняния у больных с нарушением носового дыхания и оценка состояния обоняния после оперативного лечения.

Материалы и методы. Была проведена количественная ольфактометрия с помощью настойки валерианы в разных разведениях (0,5%, 2%, 5%, 10%, 20%, 30%) у 20 пациентов в возрасте от 17 до 74 лет с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух при поступлении и через 7 дней после операции. Исследование прово-

дилось на базе оториноларингологического отделения ГОКБ за период с сентября по декабрь 2010 года. Для контроля была выбрана группа студентов количеством 20 человек в возрасте от 20 до 28 лет с нормальным носовым дыханием. Результаты количественной ольфактометрии оценивали следующим образом: первое число – уровень восприятия запаха (0 – не ощущает, 1 – ощущает, но не идентифицирует, 2 – ощущает и оценивает верно), второе число соответствует концентрации, на которой произошло ощущение запаха (30% – 0, 20% – 1, 10% – 2,5% – 3, 2% – 4, 0,5% – 5).

Результаты. Среди обследованных было 16 (80%) мужчин и 4 (20%) женщины. Средний возраст составил $33,9 \pm 4,3$ года. Средняя длительность заболевания составила $7,4 \pm 1,8$ года. На момент поступления в стационар жалобы на затруднение носового дыхания были у 17 (85%) человек, снижение обоняния – 4 (20%) человека, отсутствие обоняния – 2 (10%) человека. Пациенты поступили с заболеваниями: острый синусит – 1 (5%) пациент, хронический полипозный синусит – 3 (15%) пациента, смещение носовой перегородки – 9 (45%) пациентов, хронический ринит 7 (35%) пациентов. Порог восприятия запахов в контрольной группе составил: 13 баллов – 1 (5%) человек, 14 баллов – 3 (15%) человека, 15 баллов – 6 (30%) человек, 21 балл – 2 (10%) человека, 22 балла – 1 (5%) человека, 23 балла – 6 (30%) человек, 24 балла – 1 (5%) человек. Средний показатель – $18,6 \pm 2,0$. До операции у больных получены следующие результаты ольфактометрии: 0 баллов – 4 (20%) человека, 14 баллов – 6 (30%) человек, 15 баллов – 9 (45%) человек, 25 баллов у 1 (5%) человек. Средний порог восприятия запахов – $12,2 \pm 2,4$. Имеет место достоверное повышение порога восприятия запахов в сравнении с контрольной группой ($P < 0,05$). После проведенного лечения (риносеptoпластика, лазерная фотокоагуляция, полипозтомиотомия) получены следующие результаты ольфактометрии: 0 баллов – 2 (10%) человека, 11 баллов – 1 (5%) человек, 13 баллов – 3 (15%) человека, 14 баллов – 3 (15%) человека, 15 баллов – 9 (45%) человек, 21 балл – 2 (10%) человека. Средний порог восприятия запахов – $13,5 \pm 1,5$. Отмечается недостоверное понижение порога восприятия запахов после операции в связи с сохраняющимся отеком слизистой полости носа. Необходимо провести обследование обоняния у этих пациентов после восстановления носового дыхания.

Выводы.

1. Заболевания полости носа и околоносовых пазух приводят к повышению порога обоняния.
2. В результате оперативного лечения наблюдалось незначительное улучшение обоняния. Незначительность данного улучшения связана с наличием послеоперационного отека слизистой оболочки, который имел место на момент осмотра.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО

Русецкая М.О.

Витебский государственный медицинский университет

Кафедра хирургии ФПК и ПК

Научный руководитель – д.м.н., проф. Петухов В.И.

Актуальность. Плеврит – частое осложнение пневмонии. По данным литературы около 10% пневмоний осложняется плевритами, из которых у 40% пациентов развивается эмпиема плевры [1].

Современным методом исследования органов грудной клетки является компьютерная томография, которая позволяет точно разграничить патологические изменения в плевральной полости [2,3].

Цель работы. Определить возможности лучевой диагностики для оценки степени хронизации плевритов и выбора оптимального метода хирургического лечения.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 40 пациентов находившихся на лечении в торакальном отделении Витебской областной клинической больницы.

Все пациенты, поступившие в стационар по поводу плеврита, были разделены на две группы.

Результаты исследования. У пациентов первой группы на сканах выявлялось содержимое плевральной полости со слегка неправильными контурами, участками газа, утолщённой плеврой (мелкоячеистая структура), денситометрические показатели выпота колебались от +13 НУ до +27НУ за счёт жидких, газовых и организованных компонентов.

У пациентов второй группы на томограммах описаны неровные контуры плеврального содержимого, утолщение плевры, большее количество и размер включений воздуха (сливные газовые пузыри). Значение денситометрических показателей плеврального содержимого повышалось до +35 НУ.

Пациенты первой группы оперированы торакоскопически, а второй – оперированы открытым способом.

Выводы.

1. Компьютерная томография предоставляет возможность достаточно четко дифференцировать плотность плеврального содержимого и оценить его в единицах Хаунсфильда.

2. Комплексное лучевое исследование пациентов, включая исследование денситометрических показателей плеврального содержимого, позволяет на основании метода компьютерной томографии до операции оценить степень организации плеврального выпота, а, следовательно, хронизации плеврита.

3. Дооперационная оценка характера плеврального содержимого предоставляет возможность выбора оперативного вмешательства, адекватного характеру воспалительного процесса.

4. Оперативное лечение, предпринятое на ранних стадиях развития хронического воспалительного процесса в плевре, позволяет обойтись щадящими методами (торакоскопическая хирургия) и уменьшить сроки пребывания больных в стационаре.

Литература:

1. Власов П.В. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости / Власов П.В. - Москва, Видар, 2008. - 217с.
2. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости / Тюрин И.Е. - С.-Петербург, 2006. - 188с.
3. Саюченко В.П. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике заболеваний лёгких и средостения / Саюченко В.П. - Москва, 2005. - 69с.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Русин В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., профессор С.М. Смотрин

Проблема лечения перитонита и сейчас остаётся актуальной. В последнее время всё чаще для лечения некоторых хирургических заболеваний используется фотодинамическая терапия [1, 2]. Данная методика предполагает использование лазерного излучения и активированных им фотосенсибилизаторов, которые обуславливают антимикробный эффект.

Цель исследования. Изучить влияние фотодинамической терапии с использованием лазерного излучения красного спектра и фотосенсибилизаторов родамин, кумарин, нильский синий, хлорофиллипт на некоторые биохимические показатели крови лабораторных животных при экспериментальном перитоните.

Материалы и методы. Исследование проведено на 30 беспородных белых крысах. Все животные были разделены на 5 групп по 6 крыс. Всем им пункционно в

брюшную полость вводили 2 мл каловой навески. Затем через 4 часа животным второй, третьей, четвёртой и пятой групп проводили срединную лапаротомию, брюшную полость санировали и проводили сеанс фотодинамической терапии с использованием лазерного излучения красного спектра и 0,1% спиртовых растворов фотосенсибилизаторов родамин, кумарин, нильский синий, хлорофиллипт соответственно. Операционную рану ушивали. Первая группа бралась за контроль. Забор крови у крыс опытных групп осуществлялся через 48 часов. Для анализа забирали 0,5 мл сыворотки крови. После этого проводили определение в ней основных биохимических показателей на автоматическом биохимическом анализаторе Konelab 30i: АЛТ(метод IFCC 37°), АСТ(метод IFCC 37°), мочевины(уреазный метод), креатинина(метод Яффе), общий белок(биуретовый метод), триглицериды(энзиматический метод), холестерин(энзиматический метод), глюкоза(глюкозооксидазный метод).

Результаты. При сравнении полученных результатов контрольной и опытных групп наблюдали уменьшение уровня мочевины и креатинина во всех опытных группах по сравнению с контролем. Отмечали увеличение уровня общего белка и снижение глюкозы в группах с использованием фотосенсибилизаторов родамин, кумарин, нильский синий. Уровень АСТ снижался в группах с использованием фотосенсибилизаторов родамин и хлорофиллипт. Уровень АЛТ снижался в группе с использованием фотосенсибилизатора хлорофиллипт. Уровень триглицеридов снижался в группах с использованием фотосенсибилизаторов родамин и кумарин. Уровень холестерина снижался в группах с использованием фотосенсибилизаторов родамин, кумарин и нильский синий.

Выводы. Применение фотодинамической терапии с использованием лазерного излучения красного спектра и фотосенсибилизаторов родамин, кумарин, нильский синий, хлорофиллипт оказывает положительное влияние на нормализацию определяемых биохимических показателей крови лабораторных животных при экспериментальном перитоните.

Литература:

1. Буйлин, В. А. Низкоинтенсивные лазеры в хирургии: реальность и перспективы / В. А. Буйлин, Е. И. Брехов, В. И. Брыков // *Анналы хирургии*. – 2003. – № 2. – С. 8-10.
2. Салмин, Р.М. Основные направления фотодинамической терапии в медицине / Р.М. Салмин, А.А. Стенько, И.Г. Жук, М.Ю. Брагов // *Новости хирургии*. – 2008. - №3. – с. 155-162.

ВЛИЯНИЕ ГЕПТРАЛА И ЛАКТУЛОЗЫ НА ПРОЯВЛЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Русина Е.И., Шумель А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Якубчик Т.Н.

Термин печеночная энцефалопатия (ПЭ) охватывает весь спектр нервно-психических нарушений, развивающихся при печеночно-клеточной недостаточности и/или портосистемном шунтировании крови. Выраженность нейропсихических симптомов ПЭ колеблется от первой (легкой стадии) до четвертой (глубокая кома). Психометрическое тестирование применяется для выявления латентной ПЭ (ЛПЭ) и объективизации психических нарушений при ПЭ.

Цель работы. Изучить эффективность различных схем терапии больных с ЛПЭ, включающих лактулозу и гептрал.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 32 пациента с хроническими заболеваниями печени различного генеза (хронический гепатит и цирроз печени А и В класса по Чайлд-Пью), у которых выявлялась ЛПЭ. Среди обследуемых были 18 мужчин в возрасте от 48 до 67 лет (в среднем $54,3 \pm 4,7$ лет) и 17 женщин в возрасте от 45 до 62 лет (в среднем $53,5 \pm 3,4$ лет). Исследовали динамику ла-

бораторных показателей: АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, билирубин, холестерин, общий белок и альбумин, мочевины, креатинин. Проводили психометрические тесты на цифровую последовательность (определялось время выполнения теста), тест линий (определялось время и количество допущенных ошибок). Показатели сравнивались до начала лечения, на 10-й и 14-й дни лечения по группам. Больным первой группы (11 человек) для лечения ЛПЭ назначалась лактулоза. Подбор доз лактулозы осуществлялся индивидуально для каждого пациента с учетом изменения характера его стула (консистенции, объема и числа дефекаций) от 30 до 60 мл в сутки. Пациенты второй группы (9 человек) получали гептрал 400 мг/сут в/в в сутки в течение 5 дней, а затем перорально 800 мг/сут. Больным третьей группы (12 человек) проводилась комплексная терапия, включающая лактулозу и гептрал.

Результаты и обсуждение. До лечения результаты проведенных тестов между группами больных достоверно не отличались и составили в целом для трех групп $56,8 \pm 1,8$ с. при выполнении теста на числовую последовательность, $40,2 \pm 1,4$ с. и $3,6 \pm 0,3$ ошибок для теста линий. После проведенного лечения достоверно лучшие результаты были получены у пациентов, получающих комплексную терапию, в этой группе показатели тестов стали близки к нормальным уже на 10-й день лечения и составили: тест чисел – $39,4 \pm 2,2$ с., тест линий – $33,7 \pm 1,1$ с. и $1,6 \pm 0,06$ ошибок ($p < 0,05$). В 1-й и во 2-й группах хорошие результаты были получены только на 14-й день лечения: тест чисел в 1-й группе составил $40,5 \pm 2,6$ с. и во 2-й группе – $39,8 \pm 2,1$ с.; тест линий $35,4 \pm 1,3$ с. и $29,4 \pm 1,6$ с., $1,9 \pm 0,08$ ошибок и $1,2 \pm 0,06$ ошибок, соответственно ($p < 0,05$). После проводимой терапии биохимические показатели сыворотки крови также достоверно улучшались во всех трех группах.

Заключение. Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую эффективность сочетанного применения гептрала и лактулозы в лечении ЛПЭ при хронических заболеваниях печени.

Литература:

1. Руководство по лечению внутренних болезней. т. 3. Лечение болезней печени, желчных путей, поджелудочной железы. -3-е изд./А.Н. Окорков. – М.; Мед. лит., 2010. - 336 с.
2. Ивашкин В.Т., Маевская М.В. Алкогольно-вирусные заболевания печени. М.: Литера, 2007. – С. 85–118.
3. Di Perri T., Sacco T., Festi D. Ademethionine in the treatment of chronic hepatic disease. A multicenter study // Gastroenterology Internationale. 1999. – Vol. 12, N 2 – P.62–68.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Руц И.А., Глаз О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., Аносов В.С.

Актуальность: проблема ранней диагностики врожденных нарушений развития тазобедренных суставов (ТБС) у детей первого года жизни остается одной из актуальных проблем ортопедии. Известно, что раннее лечение врожденных вывихов бедер позволяет получить хорошие результаты и избавить ребенка от хирургического лечения. К сожалению, распространена диагностика, основанная на клинических симптомах, что не позволяет установить точный диагноз. В настоящее время все большее распространение получает методика УЗИ диагностики и контроля диспластических изменений ТБС у детей до 1 года.

Цель, задачи и методы исследования: целью исследования явилось изучение эффективности применяемых методик консервативного лечения нарушений развития ТБС, и оценка эффективности УЗИ контроля в процессе лечения. К наиболее разработанным методам ультразвукового исследования тазобедренных суставов у

новорожденных относится метод, описанный в 1980 году австрийским профессором R.Graf. Разная эхогенность мягкотканых и костных структур тазобедренного сустава позволяет получить четкое представление о степени зрелости его и выявить патологические изменения в течение первого года жизни ребенка. Могут быть использованы любые ультразвуковые аппараты диагностического типа, имеющие линейные сканеры от 5 до 10 МГц.

Результаты и выводы: с 2008 по 2010 гг. в отделении травматологии и ортопедии для детей УЗ «ГКБСМП г. Гродно» оказана ортопедическая помощь 93 детям в возрасте от 2 месяцев до 22 лет. Средний возраст пациентов составил 6 месяцев. В подавляющем большинстве случаев патология ТБС наблюдалась у девочек (84%). Чаще дисплазия ТБС диагностировалась с левой стороны (48%), в 20% справа и в 32% носила двухсторонний характер. Диагноз в 60% случаев установлен в возрасте до 3-х месяцев, что является относительно хорошим показателем. Детям проводилось консервативное лечение и подбирались отводящие шины, в случае выраженной приводящей контрактуры выполнялось вытяжение по Мао. Контроль лечения проводился с помощью УЗИ методики с интервалом 5-7 недель. Референтные структуры ТБС хорошо визуализировались методикой описанной Graf. Возраст пациента при постановке диагноза явился важным прогностическим фактором. Продолжительность консервативного лечения и время ношения отводящих шин значительно увеличивается при постановке диагноза в возрасте старше 5 мес.

Таким образом, использование ультразвуковых методов позволило нам проводить раннюю диагностику врожденных недоразвитий тазобедренных суставов, наблюдать динамику развития их в процессе лечения, а также уберечь ребенка от лучевых нагрузок. Важной задачей является внедрение скрининг-исследования всех новорожденных УЗИ методикой для ранней диагностики патологии ТБС.

Литература:

1. Кадыров, А. Ультразвуковое исследование тазобедренного сустава у детей грудного возраста // А. Кадыров, А. Дусмуратов, А. Ахтамов / Ортоп.травмат.протез. –1990. – № 10. – С.18 – 22.
2. Янакова, О.М.. Процесс формирования тазобедренного сустава у детей первых месяцев жизни по данным сонографии // О.М. Янакова, В.И. Садофьева / Ортоп.травмат.протез. –1992. – №1. – С.25 – 28.
3. Graf, R. SonographiederSauglingshufte // R. Graf / Stuttgart: Enke. –1989. – p.135
4. Graf, R.,Schuler P. SonographyoftheInfantHip: anAtlas. –Weinheim 1986. – p.276

ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ С КОМПОНЕНТОМ-ЗООНИМОМ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Рыхлицкая А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Разводовская Я.В.

Термины могут иметь как буквальное, так и полностью или частично переосмысленное значение, поскольку терминология не является замкнутой системой, а представляет собой часть общелитературного языка. Некоторые неологизмы термины, характеризующиеся определенной степенью смысловой разложимости, можно считать терминами-фразеологизмами. К терминам-фразеологизмам мы относим словосочетания с полным или частичным лексико-грамматическим переосмыслением входящих в него компонентов.

Животные всегда играли значительную роль в жизни человека. Анималистическая компаративная фразеология – обширный пласт любого языка. Через сравнение, в том числе и через сравнение с животными, человек издавна постигал окружающий мир и самого себя.

Целью нашего исследования явилось сопоставительное исследование семантики и структуры медицинских терминов с компонентом-зоонимом.

Основные задачи исследования: распределение медицинских терминов русского и английского языка по общности компонента-зоонима; выявление ассоциативных признаков, обобщающих семантику компонентов-зоонимов; определение сходства и различия в русском и английском языках между компаративными образами, формируемыми одним и тем же зоонимом; составление идеографического словаря медицинских терминов сопоставляемых языков.

Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью терминов-фразеологизмов с компонентом-зоонимом в исследуемых языках, а также отсутствием терминологических продуктов подобного типа.

Методы исследования. В ходе исследования использовались метод синхронно-описательного анализа терминов-фразеологизмов сопоставляемых языков, метод идеографического описания, метод компонентного анализа, метод фразеологической идентификации, сравнительно-сопоставительный метод, метод сплошной выборки.

Проведенное исследование показало, что степень переосмысления компонентов терминов-фразеологизмов разная, однако в целом они представляют собой мотивированные образования. Вокруг одного зоонима образуются компактные поля семантических ассоциаций, актуализирующихся в значении того или иного сравнительного оборота. Термины фразеологизмы с компонентом-зоонимом, употребляемые в медицинской практике, могут иметь разное значение в разных областях медицины: лебединая шея 1) в кардиологии – удлиненная и стенозированная выходная часть левого желудочка как следствие аномалий митрального клапана, что позволяет исключать межжелудочковый дефект; 2) в терапии – одна из контрактур кисти, возникающая в результате сгибательной контрактуры пястно-фалангового сустава, а также сгибания дистальной фаланги; возникает при длительных артритах.

Особенностью терминов-фразеологизмов является то, что при обозначении специальных понятий они выполняют не эмоционально-экспрессивную функцию, характерную для фразеологизмов общелитературного языка, а номинативно-дефинитивную. Употребляясь в речи специалистов, они не имеют такой образности, как фразеологизмы общелитературного языка. Употребление таких фразеологизмов в медицине упрощает и облегчает запоминание медицинских терминов. Эти конструкции появились раньше, чем сами термины и их употребление обосновано.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИЙ ПУРИНОВЫХ МЕТАБОЛИТОВ ПОСЛЕ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТА С МЕТИОНИНОМ

Савош И.А., Акстилович Н.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной терапии

Научный руководитель – ассистент кафедры Пицко Д.В.

Актуальность работы: диагноз подагры часто выставляется в среднем через 5 лет от начала заболевания, что связано с затруднением постановки диагноза в дебюте заболевания. Выявление новых диагностических критериев позволило бы своевременно верифицировать подагру.

Задачи: изучить динамику концентраций пуриновых метаболитов после нагрузочного теста метионином у пациентов с подагрой.

Материалы и методы: был применен нагрузочный тест метионином и оценена динамика изменения концентрации пуриновых метаболитов у 45 пациентов с подагрой (все мужчины; средний возраст $46.8 \pm 8,1$ года). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Пуриновые метаболиты определялись методом высокоэффективной жидкостной хроматографии до и через 4 часа после нагрузки.

Результаты: данные по динамике пуринового метаболизма представлены в таблице.

Таблица – Динамика концентраций пуриновых метаболитов при нагрузке метионином у больных подагрой и здоровых (Медиана (нижний квартиль-верхний квартиль) мкмоль/л))

Пуриновые производные	До пробы с метионином		После пробы с метионином	
	Здоровые	Больные	Здоровые	Больные
Аденозиндифосфат	2,6 (2,2 – 5,9)	1,2 (0,5 -2,9)	2,3 (0,8 – 4,3)	1,4 (0,6-4,3)
Инозинмонофосфат	0,2 (0,2 – 0,9)	0,5 (0,3-0,9)	0,18 (0,04 -0,89)	0,3 (0,1-0,6)
Мочевая кислота	280,80 (263,5 – 330,6)	480,3 (384,6- 509,1)*	247,13 (218,9 -298,13)+	407,5 (374,6- 461,8)*+
Гипоксантин	78,4 (36,4- 105,2)	47,5 (37,5- 66,3)*	312,2 (74,2- 470,4)+	19,2 (13,3- 39,0)*+
Аденозинмонофосфат	1,3 (1,1 – 1,5)	3,03 (1,9-4,0)*	0,58 (0,1 -1,4)	1,65 (0,45-2,5)*+
Ксантин	7,4 (4,1 -9,3)	3,32 (2,21-3,14)*	10,5 (8,9 -14,5)+	1,7 (0,7-2,3)*+
Инозин	8,88 (6,54 -16,6)	9,02 (6,5-12,8)	14,6 (10,9 -18,6)+	12,3 (7,6415,1)+
Аденозин	0,08 (0,07 -0,11)	0,32 (0,16-0,47)*	0,12 (0,09 -0,19)+	0,31 (0,17-0,35)*

*P<0,05 – по отношению к группе здоровых, + P<0,05 – по отношению к соответствующей группе до пробы

Как видно из представленных данных у больных подагрой в сравнение со здоровыми лицами после нагрузки метионином наблюдалось снижение уровня гипоксантина более чем двукратно, также почти двукратно снизилась концентрация ксантина. У здоровых лиц же наблюдалось более чем пятикратное увеличение концентрации гипоксантина, а также увеличение концентраций ксантина. Для диагностики подагры оптимальной точкой разделения для гипоксантина было следующее значение коэффициента $K \leq 1,343$. Для ксантина оптимальной точкой разделения было значение коэффициента $P \leq 1,022$, где P – это соотношение уровня ксантина после нагрузки к таковому до нагрузки.

Выводы: изменение концентрации гипоксантина и ксантина в ответ на нагрузку метионином может быть использовано для диагностики нарушения пуринового обмена. На основании полученных результатов были рассчитаны диагностические критерии подагры.

Литература:

1. Наумов, А.В. Роль нарушений процессов метилирования и обмена метионина в патогенезе заболеваний человека / А.В. Наумов // Журнал ГрГМУ. – 2007. – №1. – С. 4–7.
2. Obeid, O. Plasma taurine and cysteine levels following an oral methionine load: relationship with coronary heart disease. / O. Obeid [et al.] // European Journal of Clinical Nutrition. – 2004. – Vol.58 – P.105–109.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Савош И.А.

Гродненский Государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – к.м.н. Каравай А.В.

Колоректальный рак является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей. В мире существует явная тенденция к увеличению заболеваемости этой формой новообразований. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 500 тысяч случаев колоректального рака. Частота рака прямой кишки в общей структуре злокачественных опухолей составляет 5% среди мужчин и

4,7% среди женщин. При этом в возрастной категории старше 70 лет колоректальный рак занимает второе место среди всех злокачественных новообразований у мужчин и первое ранговое место у женщин. В настоящее время 5-10% случаев всех новообразований прямой кишки расценивается как наследственная форма, возникающая в относительно молодом возрасте (до 50 лет). Диагностику колоректального рака до настоящего времени нельзя считать удовлетворительной, поскольку у каждого третьего больного на момент установления диагноза уже отмечается генерализация опухоли.

Работа основана на анализе 320 патогистологических заключений больных раком прямой кишки, подвергшихся радикальному хирургическому лечению в онкологическом отделении №1 УЗ «ГОКБ» с 1994 по 2000 год.

Большинство больных составили пациенты пожилой возрастной группы (57,8%), а треть – люди трудоспособного возраста. Средний возраст пациентов на момент выполнения операции составил 66,1 года. В исследуемой группе преобладали лица мужского пола (57,6% против 42,4% женщин), значительных различий в возрасте между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Блюдцеобразная форма роста опухоли является самой распространенной и составляет 80,3% наблюдений. Полипозный рак составил 10,6, изъязвленные формы наблюдались в 6,3%, диффузный рак – 2,8%. Наиболее часто опухоль располагалась изолированно на одной стенке прямой кишки (87,5%), в то время как у 40 больных опухоль имела циркулярный характер роста (12,5%). В 30,3% наблюдений опухоль имела стенозирующий характер. При анализе краев резекции установлено, что у 13 больных опухоль была удалена нерадикально (расстояние от края опухоли до дистального операционного разреза <2 см).

В подавляющем большинстве случаев гистологически опухоль была представлена аденокарциномой различной степени дифференцировки (96,6%). Коллоидный рак был выявлен в 2,2% случаев, плоскоклеточный рак составил 0,9% наблюдений, и у одного больного опухоль гистологически была представлена меланомой (0,3%). Наиболее часто аденокарцинома имела высокую степень дифференцировки (42,5%), умеренно дифференцированную аденокарциному выявили в 17,3% наблюдений, низкодифференцированная аденокарцинома составила 7,8%, слизистый рак в 15,1%.

При гистологическом исследовании установлено, что в 11 случаях (3,45%) опухоль прорастала лишь в слизистый слой стенки кишки, в 32,2% наблюдений выявлено распространение злокачественной опухоли в мышечную оболочку, прорастание всех слоев стенки кишки отмечено у 177 пациентов (55,5%), в 8,8% опухоль распространялась в окружающую клетчатку.

Поражение регионарного лимфатического аппарата выявлено у 98 оперированных больных, что составило 3,6% от общего числа наблюдений. У 10 больных выявлены имплантационные метастазы в брюшину брыжейки удаленного сегмента кишки, у 2 – имплантационные метастазы в яичники.

ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ

Савош И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., доц. Маслакова Н.Д.

Актуальность. За прошедшие 15 лет герниология прошла путь, который в значительной степени изменил подходы к лечению вентральных грыж. Суть этих перемен сводится к переходу закрытия дефектов в брюшной стенке от натяжных к ненатяжным способам. Соблюдение такого принципа стало возможным благодаря использованию синтетических эндопротезов, в результате чего появились новые способы лечения грыж.

Цель работы: оценка разных методов аллопластики при ликвидации грыжевых дефектов и восстановлении анатомо-физиологических особенностей пахового канала с использованием ненапряжной герниопластики комбинированным методом.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2010 годы на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» г. Гродно было выполнено 28 операций с применением полипропиленовой сетки (из них: 9 операций по поводу вентральной послеоперационной грыжи; 6 – по поводу грыжи белой линии живота; 4 – невримой пупочной грыжи; 2 – сочетанной грыжи белой линии живота и пупочной грыжи; 2 – рецидивирующей паховой грыжи; 2 – левосторонней скользящей пахово-мошоночной грыжи; 3 – при невримых пахово-мошоночных грыжах). Весь контингент больных представлен тремя группами: 1) пациенты зрелого возраста (30-44 лет) – 4 человека (14,29%) 2) средний возраст (45-59 лет) – 6 человек (21,42%) 3) пожилой возраст (60-74 лет) – 18 человек (64,29%). Большинство оперированных 20 (71,43%) – мужчины, женщин было 8 человек (28,57%). Сопутствующие заболевания наблюдались в 15 случаях (53,57%). Распределение больных в зависимости от размера грыжи: W1 (до 5см) – 11 человек (39,28%), W2 (5-10см) – 9 человек (32,14%), W3 (10-15см) – 4 человека (14,29%), W4 (> 15см) – 4 человека (14,29%). Пластика грыжевого дефекта проводилась местными тканями и с использованием полипропиленовой сетки. Предпочтение отдавалось фиксации сетки в позиции on lay. В двух случаях использовалась фиксация sub lay. Также применялся комбинированный способ с расположением имплантата в позиции in lay – sub lay. Релаксации и разволокнения апоневроза при больших грыжах (W3, W4) прошивались стежками и гофрировались при связывании узлов, сверху укладывалась сетка (12,5% случаев). В 4 случаях при обширных W2, W3 (паховых грыжах) выполнялась дубликатура аллотрансплантата по собственной модификации с двумя отверстиями сетки для проведения семенного канатика.

Результаты. 1) интраоперационной кровопотери и осложнений не наблюдалось; 2) наиболее частыми местными осложнениями в послеоперационном периоде: серома в области раны (у 3 пациентов выявленная только на УЗИ), инфильтрат в области послеоперационной раны (у 1 больного); 3) у всех пациентов полностью сохранилась трудоспособность или достаточная физическая активность; 4) время пребывания пациентов в стационаре в среднем составило 9-10 койко-дней; 5) отдаленные результаты операций прослежены у 28 больных в сроки от шести месяцев до трех лет, рецидив отмечен у одного пациента, которому применялся метод надапоневротической пластики грыжевого дефекта.

Выводы: полученные результаты показывают, что возможность подбора способов укрепления грыжевого дефекта аллотрансплантатов в сочетании с пластикой местных тканей, применении дубликатуры сетки позволяет устранить дефекты брюшной стенки, обеспечивает механическую прочность данной области и противостоит воздействию внутрибрюшного давления и позволяет избежать рецидивов.

Литература:

1. Ковшов, А.Н. Патогенез и лечение паховых грыж / А.Н. Ковшов // Хирургия. – 2005. – №11. – С. 54-58.
2. Пушкин, С.Ю. Результаты лечения больных срединной вентральной грыжей с применением синтетических эндопротезов / С.Ю. Пушкин // Хирургия. – 2010. – №6. – С. 43-48.

ТЕРМИНОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Савчук М.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Разводовская Я.В.

Косметология (от греч. cosmetic «умение украшать», logos «наука») – это научная дисциплина, изучающая методы диагностики, профилактики, лечения заболеваний, устранения различных косметических недостатков кожи, лица и тела, а также

осуществляющая проверку на безвредность косметических средств, создаваемых и выпускаемых косметической промышленностью.

Современная косметология – это область медицины, главной проблемой которой является сохранение и восстановление эстетического здоровья человека. Современная косметология представляет собой сложный симбиоз многих отраслей науки, а также различных видов искусства, в котором выделяют две большие отрасли: эстетическую (профилактическая косметология; декоративно-прикладная косметология; простые аппаратные технологии) и медицинскую косметологию (диагностическая косметология; дерматокосметология; дерматохирургия; пластическая (эстетическая) хирургия; сложные аппаратные технологии, связанные с нарушением целостности кожных покровов).

Большая часть терминологического аппарата данной отрасли знания и способов воздействия базируется на достижениях дерматологии, физиотерапии, восстановительной медицины, косметической химии. Косметология представляет собой активно развивающуюся отрасль и быстро осваивает открытия и изобретения, рожденные другими научными дисциплинами, изучающими человека, что также отражается на постоянном пополнении терминологии данной области.

Термины, функционирующие в подязыке современной косметологии, как правило, являются заимствованными из английского языка (пилинг, лимфодренаж, ботокс и др.). Это связано с тем, что косметология во многих западных англоязычных странах развивается наиболее интенсивно.

Косметология глубоко вошла в жизнь современного человека. Знание медицинской терминологии необходимо не только медицинским работникам, но и представляет интерес для людей, по роду деятельности не связанных с медициной. Косметологическая терминология нередко разноречива: часто одно и то же явление имеет несколько толкований, и, напротив, различные явления могут обозначаться одним термином.

Цель исследования. Изучение статьи на тему косметологии и др.

В ходе исследования использовались сравнительно-сопоставительный метод, метод сплошной выборки, анализ дефиниций косметологических терминов.

Актуальность исследования обусловлена тем, что данная терминология находится в стадии формирования и не является упорядоченной, а также в силу своей ориентированности на потребителей косметологических услуг требует адекватной семантизации для населения.

Результатом нашего исследования является описание семантики и структуры терминов, функционирующих в подязыке современной косметологии.

Практическим результатом исследования явилось создание глоссария косметологических терминов, включающего термины, функционирующие в русском и английском языках. Термины сопровождаются дефинициями, приводятся имеющие синонимы. Глоссарий может быть использован специалистами-медиками для освоения специальной терминологии, а также может служить средством просвещения потребителей косметологических услуг.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Садохина Л.В., Талиш В.Н., Скоробогатова О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научные руководители – к.м.н. Снитко В.Н.; к.м.н., доц. Дедуль В.И.

В настоящее время, причины артериальной гипертензии (АГ) до конца не раскрыты. По данным многочисленных исследований выявлен целый ряд факторов риска, которые непосредственно связаны с повышенной вероятностью развития АГ. К ним относят: пол, возраст, избыточную массу тела, наследственность, нерациональное питание, избыточное потребление поваренной соли, малоподвижный образ жизни, курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональный режим труда и

отдыха, психоэмоциональное перенапряжение и др. Из числа перечисленных факторов риска наследственность, пол и возраст – немодифицируемые, все остальные относятся к числу модифицируемых, контроль над которыми является основой профилактики АГ [1].

Цель работы. Изучение модифицированных факторов риска АГ в трудовом коллективе.

Материалы и методы. Обследовано 66 работников цеха мороженого ОАО «Молочный Мир». Из 66 исследованных респондентов в исследование включили 16 человек (8 мужчин и 8 женщин), страдающих артериальной гипертензией в возрасте 24–59 лет. Средний возраст больных, страдающих АГ, составил 46 лет, самый молодой пациент был в возрасте 24 лет.

Результаты и обсуждение. Согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999), в группу больных АГ включили лиц, у которых уровень систолического АД достиг 140 мм рт. ст. и выше и/или уровень диастолического АД – 90 мм рт. ст. и выше. АД измерялось тонометром «Микролайф» трехкратно в положении сидя после 10-минутного отдыха. Стратификация АГ по уровню АД показала, что I степень АГ выявлена у 13 пациентов (81,25 %), II степень АГ составляла 12,5 % (2 пациента), III степень АГ – у 1 пациента (6,25%, соответственно).

При классификации статуса курения нами выделялись лица некурящие, курящие и курившие в прошлом. Курящими считались лица, выкуривающие, по крайней мере, 1 сигарету в день, либо прекратившие регулярное курение менее чем за 12 месяцев до момента обследования. Среди исследованных пациентов курящие составили 31,25%.

ИМТ рассчитывали по формуле $\text{ИМТ} = \text{масса тела в килограммах} / \text{квадрат роста в метрах (кг/м}^2\text{)}$. Из 16 исследуемых пациентов нормальный ИМТ был у 5, избыточный вес и ожирение 1 степени выявлено с одинаковой частотой по 5 исследуемых, ожирение 2 степени отмечено у 1 пациента. Окружность талии более 88 см у женщин и 102 см у мужчин отмечены у 62,5% исследуемых пациентов.

С целью исследования липидного и углеводного спектров проводился забор крови натощак, не ранее, чем через 12 часов после приема пищи. У 18,75% пациентов выявлен повышенный сахар крови и 43,75% отмечен повышенный уровень холестерина.

Таким образом, в процентном распределении АГ по уровню АД в исследуемой возрастной группе преобладала АГ I степени. Наше исследование выявило положительные ассоциации АГ с повышенным индексом массы тела, возрастом, курением, уровнем гликемии и общего холестерина.

Литература:

1. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении. Адаптированный вариант рекомендаций ВОЗ «Prevention in primary care» // Под ред. И.С.Глазунова и др. – М., – 2000. – 216 с.

НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ, ВЗГЛЯДЫ И МНЕНИЯ ПИСАТЕЛЯ И ВРАЧА А.П. ЧЕХОВА (ПО ПИСЬМАМ ПИСАТЕЛЯ)

Садыкова Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – зав.кафедрой Мельникова А.А.

А.П. Чехов, как врач, в своих письмах касается разнообразных вопросов медицины: болезней, симптомов, лекарств, гигиены человека. И что особенно интересно, даёт свою оценку излагаемым фактам.

Читая письма, мы видим, что А.П. Чехов любил свою профессию врача, гордился ею и своими знаниями. Более того, из писем можно сделать вывод, что медицину А.П. Чехов считал основной своей специальностью.

Отношение к врачебной деятельности, лечению больных отражено во многих письмах писателя.

А.П. Чехов верил в медицину и считал её и «матерью всех наук».

В письмах А.П. Чехова содержатся сведения о болезнях, которые он наблюдал при приёме больных и посещениях их на дому, у своих друзей, знакомых. Прежде всего это инфекционные болезни – тиф, дизентерия, скарлатина, дифтерит, чёрная оспа, холера.

Большое место в письмах писателя занимает чахотка. Это название использовалось до конца 90-х годов, потом появился термин «туберкулёз». Чехов приводит основные признаки чахотки – кашель, слабость, повышение температуры, кровохарканье.

Из внутренних болезней в письмах А.П. Чехова упоминается бронхит, воспаление лёгких, плеврит.

Очень точно писатель характеризует пульс, тоны и шумы сердца. Говоря об аускультации сердца у И. Левитана, А.П. Чехов писал, что у художника «сердце не стучит, а дует», «в норме тук-тук», а у Левитана «пф – тук», то есть «шум с первым временем».

Болезни пищеварения, которые упоминает А.П. Чехов, – это катар желудка, язва желудка и кишечника, абсцесс печени.

В письмах упоминается прогрессивный паралич, спинная сухотка, «нервный удар», сотрясение мозга.

А.П. Чехов оказывал помощь и при различных хирургических повреждениях, так как был широкоподготовленным врачом.

Онкология также привлекала его внимание. Он отмечал симптомы онкологических болезней и писал о средствах лечения.

Важны общие соображения А.П. Чехова о тяжести болезни, о симптомах, угрожающих жизни, о врачебном прогнозе, о безвыходном положении врача у безнадежно больных, а также о разделении болезней вообще.

Необходимо также отметить то, что писатель-врач давал многочисленные советы, рекомендации в своих письмах по гигиене человека, здоровому образу жизни, режиму, питанию, преодолению вредных привычек.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Сак Е.Н.

Институт фармакологии и биохимии НАН Беларуси

отдел биохимии фармакологии

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н Абакумов В.З.

Проблема цирроза печени является одной из сложных проблем в гастроэнтерологии [1]. Пристальное внимание к данной проблеме обусловлено широкой распространенностью заболевания, цирроз печени входит в шестерку заболеваний, от которого чаще всего гибнут люди. Существующее медикаментозное лечение не в силах полностью предотвратить течение болезни [2, 3].

В настоящее время ведется активная работа по созданию новых лекарственных средств лечения данной патологии. Необходимым условием для внедрения новых лекарственных средств в практику здравоохранения является их доклиническое испытание, что само по себе диктует необходимость моделирования патологического процесса на животных.

Эксперимент проводился на 20 беспородных белых крысах-самцах весом 100–120 г. Все животные находились в условиях обычного виварийного содержания на сбалансированной диете. Контрольная группа состояла из 10 животных. Второй группе экспериментальных животных (10), вводили 3 раза в неделю внутривентрально раствор тиацетамида, из расчета 200 мг на 1 кг веса.

По истечению эксперимента (через три месяца) животных забивали под наркозом, забирали материал для гистологического исследования, готовились гистологические препараты печени по стандартной методике с последующей окраской гематоксилин эозином.

При исследовании материала было обнаружено: деформация органа из-за разрастания соединительной ткани и формирования ложных долек; жировая и гидропическая дистрофия гепатоцитов с их атрофией и зачастую их гибелью; очаговая гипертрофия гепатоцитов; пролиферация дуктальных желчных трактов с образованием ложных желчных протоков; нарушение ангиоархитектоники из-за сближения портальных зон и центральных вен, с развитием портальной гипертензии и асцита.

У трех экспериментальных животных обнаружены гепатомы (печеночные клетки этих образований крупных размеров с пенистой (вакуолизированной) цитоплазмой и оптически прозрачным гипертрофированным ядром).

Таким образом, у животных, получавших тиоацетамид, возникли изменения, характерные для мелкоузлового цирроза печени. Данная модель может быть использована в экспериментальной медицине.

Литература:

1. Алексеева О.П. Цирроз печени и его осложнения. – Нижний Новгород, 2010. -204 с.
2. Гарбузенко Д.В. Экспериментальные методы изучения портальной гипертензии // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2010. – Т. XX, № 2. – С. 4–12.
3. Кочергин М. В. Восстановление печени при ее массивной резекции и токсическом повреждении в эксперименте: Автореф. дис. кандидат мед. наук. // Москва, 2009 .- 153 с.

ПРЕФИКСАЦИЯ КАК СПОСОБ ОБРАЗОВАНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Сакович Ю.Р.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Вылегжанина О.Е.

Объектом исследования является латинская анатомическая терминология, которая используется для обозначения терминов, относящихся к опорно-двигательной системе.

При подготовке работы были использованы метод выборки, метод морфемного членения терминов, метод комплексного, статистического, сравнительного и компонентного анализа.

Целью данной работы является исследование латинского словаря анатомических терминов, выявление наиболее часто встречающихся префиксов и их влияние на образование новых терминов.

Для достижения поставленных целей необходимо было решить следующие задачи:

- собрать информацию о префиксах, образующих анатомические термины;
- выбрать методы исследования;
- обработать собранный материал;
- проанализировать и обобщить информационные данные.

Результаты и выводы. При анализе анатомических терминов были выявлены наиболее продуктивные латинские приставки. К их числу относятся следующие: INTER-, SUB-, INTRA-, INFRA-, SUPRA-, EPI-, EXTRA-, SEMI-, AB-. Было отобрано 126 терминов, которые образованы при помощи присоединения приставок. При проведении пропорционального соотношения отобранных терминов было выявлена наибольшая частотность употребления приставок для словообразования. Приставка inter- составляет 40 % от всех отобранных терминов, приставки – sub-, supra-, intra-, infra составляют 10, 10, 11, 13 %, и приставки такие как ab-, epi-, semi- составляют 6,

5, 5 % от всех рассмотренных терминов, образованных с помощью присоединения приставок к латинским терминам. Совокупную степень количественных данных о латинских префиксах мы можем оценить количественно. Следовательно, из всех отобранных нами терминов чаще всего встречаются с приставкой *inter-*, их количество составляет 50 терминов, а реже встречаются термины с приставками *epi-*, *semi-*, и их количество в сумме составляет 12 терминов. В результате исследования также было выявлено, что в целом префиксы оказываются более грамматичными, чем суффиксы, а суффиксы – более лексичными, чем приставки. При этом наши выводы опираются на объективные данные словаря. Подводя итоги анализа количественных характеристик латинских морфем по данным «Латинского анатомического словаря», можно отметить их высокую информативность и перспективность исследования, которые связаны с богатыми возможностями, открывающимися перед лингвистами. Префиксация – это наиболее современный и частый способ образования латинских терминов, она содержит в себе большую информативность, и является актуальной для употребления в латинском языке.

Область применения. Данный материал может использоваться при подготовке специалистов-медиков, лингвистов, а также может использоваться в качестве дополнительного материала для проведения занятий по латинскому языку в вузах и колледжах.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УКРЕПЛЕНИЯ ЗОНЫ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ГУБКой «ТАХОКОМБ»

Салмин Р.М., Гайдук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – проф., д.м.н. Жук И.Г.

По литературным данным, самым частым показанием к релапаротомии является несостоятельность швов (24,5% среди всех причин релапаротомии). Летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 70%. Данная ситуация обуславливает необходимость поиска и исследования новых способов профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов [1, 2].

Цель исследования. Морфологически оценить эффективность профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза с помощью губки "тахокомб".

Задачи исследования. Сформировать толстокишечный анастомоз «конец в конец», провести сравнительную оценку макроскопической и патоморфологической картины.

Материалы и методы. В эксперименте использовались белые беспородные крысы-самцы, по 6 штук в каждой группе. В контрольной группе выполнялось пересечение толстой кишки выше илеоцекального угла на 2 см, с последующим формированием анастомоза по типу "конец в конец" однорядным серозно-мышечно-подслизистым швом Пирагова-Матешука под микроскопом, с использованием шовного материала фирмы Ethicon (Ethilon black 10/0) под увеличением 10. В опытной группе зона анастомоза дополнительно окутывалась губкой "тахокомб". На 7 и 30 сутки животные выводились из эксперимента. Зона соустья бралась на гистологическое исследование с последующей окраской препаратов гематоксилином и эозином. Макроскопически оценивались: наличие выпота, выраженность спаечного процесса, признаки стеноза зоны анастомоза.

Результаты. В контрольной группе на 7 сутки выпота не было, к зоне анастомоза не на всем протяжении рыхло подпаян сальник, просвет в зоне анастомоза был меньше просвета кишки, без расширения приводящего отдела. Гистологически слизистая была сохранена на всем протяжении, в мышечной и серозной оболочке отмечалось разрастание созревающей грануляционной ткани, тканевой инфильтрат полиморфно-клеточный, содержал нейтрофилы, гистиоциты и плазматические клетки. На 30 сутки при осмотре в брюшной полости спаек, воспалительной инфильтра-

ции и стеноза зоны соустья не было. Гистологически слизистая оболочка сохранена, в мышечной оболочке наблюдался мелкий очаг неспецифической грануляционной ткани, встречались единичные нейтрофилы.

В опытной группе, в отличие от контроля, на 7 сутки спаек не обнаруживалось. Гистологически очаг неспецифической грануляционной ткани был меньше инфильтрирован нейтрофилами, что говорило о меньшей выраженности воспалительного процесса. Со стороны серозной оболочки отмечалось наличие в зоне соустья инкапсулированной коллагеновой пленки. На 30 сутки макроскопическая картина брюшной полости в контрольной и опытной группах не отличалась. В зоне соустья наблюдался более нежный соединительнотканый рубец. Остаток губки "тахокомб" был в виде тонкой пластинки соединительной ткани.

Выводы. Губка «тахокомб» способствует регенерации тканей, укрепляет и ограничивает зону анастомоза на ранних сроках, снижает выраженность спаечного и воспалительного процессов, по-видимому, за счет снижения бактериальной проницаемости соустья на ранних сроках.

Литература:

1. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Воленко А.В., Фаллер А.П. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией «Тахокомб» // Хирургия.- 2004.- №2. 53–55.
2. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Леоненко И.В. Проблема надежности кишечного шва // Consilium medicum.- 2004.- Т.6. – №6.- 442–446.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО ОТВЕТА ПОСЛЕ ЗАЩИТЫ ЗОНЫ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ГУБКой «ТАХОКОМБ»

Салмин Р.М., Гайдук А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – проф., д.м.н. Жук И.Г.

Среди актуальных задач современной хирургии органов брюшной полости важное место занимает проблема несостоятельности кишечных швов. Данное осложнение наблюдается в 1,5–3% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке, в 2,8–8,7% при операциях на тонкой и в 4–32% случаев при операциях на толстой кишке. Поэтому создание оптимальных условий для заживления швов и анастомозов желудочно-кишечного тракта – основной резерв улучшения ближайших результатов в хирургической гастроэнтерологии [1].

Цель исследования. Сравнительная оценка иммунного ответа после укрепления зоны толстокишечного анастомоза губкой «тахокомб».

Задачи исследования. Сформировать толстокишечный анастомоз «конец в конец», исследовать уровень иммунного ответа и бактериальную проницаемость зоны анастомоза.

Материалы и методы. В эксперименте использовались белые беспородные крысы-самцы, по 6 штук в каждой группе. В контрольной группе выполнялся толстокишечный анастомоз по типу "конец в конец" однорядным серозно-мышечно-подслизистым швом Пирагова-Матешука. В опытной группе зона анастомоза дополнительно укреплялась губкой "тахокомб". На 7 и 30 сутки животные выводились из эксперимента. Иммунологически оценивались: лейкоцитарная формула (L), фагоцитарный индекс (Фи), фагоцитарное число (Фч), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Бактериальная проницаемость зоны соустья оценивалась путем взятия смыва с зоны анастомоза и последующим засевом в разведениях 10-1, 10-2, 10-3, 10-4 и подсчетом колониеобразующих единиц (КОЕ) 2-е сутки инкубации. Статистическая обработка данных проводилась в программе Mathcad 14, для распределения Стьюдента, $p < 0.05$.

Результаты

	L, 10 ⁹	П, %	С, %	Э, %	М, %	Л, %	ЦИК	Фи, %	Фч	КОЕ
1	15±1.7	1.8±0.3	30±4.5	1.8±1	2.5±1	65±5.0	64±6.0	86±9.1	6.4±1.1	3±1
2	8.6±0.9	0.8±0.4	30±3.2	1.7±1	1.7±1	67±2.7	82±9.4	59±6.5	4.5±1.0	0
1a	9.7±0.6	1.0±0.3	30±4.7	1.5±1	2.3±1	66±4.5	56±6.9	64±7.7	5.3±1.3	1±1
2a	8.8±0.6	0.6±0.3	30±2.7	1.7±1	1.8±1	67±2.9	72±8.5	58±5.5	4.6±0.6	0

На 7 сутки в группе контроля (1) обнаружен лейкоцитоз со сдвигом влево, моноцитоз, фагоцитарный индекс выше нормы, что говорит об активном воспалительном процессе. При посеве смыва 3±1 КОЕ. На 30 сутки в контрольной группе (2) лейкоцитоз у верхней границы нормы, сдвига влево и моноцитоза нет, фагоцитарный индекс в норме, повышен уровень ЦИК, что говорит о стихании воспалительного процесса. В опытной группе на 7 сутки (1a), по сравнению с контролем, уровень лейкоцитоза и фагоцитарный индекс достоверно ниже, что говорит о меньшей интенсивности воспалительного процесса. При посеве смыва 1±1 КОЕ, что говорит о меньшей бактериальной проницаемости зоны анастомоза. На 30 сутки, в отличие от контроля, уровень ЦИК имеет тенденцию к снижению, что говорит о менее интенсивном гуморальном иммунном ответе.

Выводы. Применение губки «тахокомб» для укрепления толстокишечного анастомоза снижает интенсивность иммунного ответа организма на оперативное вмешательство, способствует снижению бактериальной проницаемости в зоне кишечного шва.

Литература:

1. Шуркалин Б.К., Горский В.А., Воленко А.В., Фаллер А.П. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией «Тахокомб» // Хирургия.- 2004.- №2. 53–55.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР ПЕРЕДНЕЙ УРЕТРЫ У МУЖЧИН МЕТОДОМ РАСШИРИТЕЛЬНОЙ ПЛАСТИКИ ПЕНИЛЬНЫМ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ Салмин И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь,
Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии.
Научный руководитель – к.м.н. Нечипоренко А.Н.

Одним из наиболее сложных разделов в проблеме лечения стриктур мужской уретры является лечение протяженных сужений переднего отдела мочеиспускательного канала. Это связано с тем, что в подобных случаях восстановление адекватной проходимости уретры за счет местных тканей не возможно.

Цель исследования. Оценить эффективность операции по восстановлению адекватной проходимости уретры методом расширительной пластики лоскутом из внутреннего листка крайней плоти на питающей ножке по методу Kennon S. Miller и Jack W. McAninch (New Techniques in Reconstructive Urology, 1995).

Материал и метод. С 2003 по 2010 год на курсе урологии ГРГМУ лечилось 11 мужчин по поводу протяженных (более 3 см длиной) стриктур передней уретры. Причинами стриктур были: длительное дренирование мочевого пузыря уретральным катетером – 5; ранее выполненная ТУР простаты – 4; травматическое повреждение полового члена и уретры – 2. Диагноз был установлен методом уретрографии. Сущность проведенной операции. Двумя параллельными циркулярными разрезами на расстоянии 2 см друг от друга рассекается внутренний листок крайней плоти. Образовавшееся кожное кольцо рассекается по задней поверхности. Образовавшаяся кожная лента длиной до 14 см находится на ножке, которая представлена фасцией Бука, сосуды которой обеспечивают питание образованного лоскута. Уретра по задней поверхности рассекается продольно через суженный участок. В образовавшийся дефект вшивается в виде заплата лоскут крайней плоти, что и приводит к увеличе-

ние просвета уретры. Сосуды в фасции Бука обеспечивают питание лоскута, что препятствует его некрозу и сморщиванию.

Результаты. Все операции прошли без осложнений. Протяженность стриктур была от 4 до 11 см, но во всех случаях кожного лоскута хватило за укрытия дефекта в рассеченной стенке уретры. После операции осложнений не было. Уретральный катетер функционировал в течение 6-8 суток. Мочеиспускание проверяли на 14 сутки. Больные выписывались домой на 15-16 суток

Во всех случаях была восстановлена адекватная проходимость уретры. У одного пациента через 5 месяцев после операции отмечена миграция нитей в просвет уретры, что потребовало их эндоскопического удаления. В сроки 6-24 месяца после операции состояние пациентов хорошее.

Вывод. Хирургическое лечение протяженных стриктур уретры методом расширительной пластики кожным лоскутом на ножке является эффективной методикой позволяющей создать адекватную проходимость уретры при сужениях длиной до 14 см.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКТОПИЙ СЕРДЦА

Сегодник В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – доц., к.м.н. Ю.М. Киселевский

В структуре врожденной патологии сердца выделяют аномалии положения данного органа, среди которых различают два основных вида: 1) неправильное расположение в средостении и полости перикарда; 2) смещение сердца в другие полости тела или в поверхностные слои туловища. Последняя группа носит название «эктопия сердца».

Целью настоящей работы стало исследование вышеуказанной редкой врожденной аномалии на препарате новорожденного ребенка, хранящегося в музее кафедры, а также изучение по данным литературы вопросов классификации этой патологии.

Эктопия сердца – расположение сердца вне грудной полости. Может быть полной или частичной. При полной эктопии совершенно отсутствует слияние слоев грудной клетки по передней срединной линии, перикардальный мешок и кожный покров также отсутствуют (ectopia cordis mida, экстрофия сердца). Экстрофия сердца часто сочетается с расщеплением передней брюшной стенки и омфалоцеле. При частичной эктопии перикардальный мешок может быть сформирован полностью (или может отсутствовать спереди) и сердце покрыто тонким полупрозрачным слоем кожи (ectopia cordis tecta). Различают несколько форм эктопий сердца:

А. Грудная – является наиболее обычной. Сердце смещено в плевральную полость (частично или полностью) или в поверхностные слои передней грудной стенки. При полной эктопии сердце, как правило, лежит на передней поверхности грудной клетки, и верхушка его направлена к подбородку, а основание прикреплено к сосудистой ножке, выступающей из дефекта грудины. Таким образом, передняя поверхность соприкасается со стенкой грудной клетки, а задняя обнажена. Сердце обычно повернуто также по своей продольной оси. Наблюдаются также аномалии перегородок, крупных сосудов и врожденные внесердечные аномалии. При частичной грудной эктопии сердечные аномалии, как правило, отсутствуют.

Б. Торакоабдоминальная – сердце одновременно находится в грудной и брюшной полостях. Типичны большой передний диафрагмальный дефект, отсутствие диафрагмальной части перикардального мешка, короткая грудина, часто с расщелиной в области мечевидного отростка и широким подреберным углом, большая эпигастральная или пупочная грыжа и направленное книзу грыжевидное выпячивание сердца через диафрагмальный дефект в верхнюю часть надчревной или пупочной грыжи. Большой ventральный диафрагмальный дефект симметричен с обеих

сторон и имеет полулунную форму. Сердце обычно покрыто кожей, тонким слоем апоневроза, с аномально широкой белой линией живота и брюшиной. Прямые мышцы живота смещены латерально, вплоть до реберной дуги, по среднеключичной линии. Степень опущения сердца в надчревную область различна.

В. Шейная – связана с задержкой дислокации сердца с места формирования его зачатка в переднее средостение. Наблюдается при нормальной или дефектной грудине. Этот тип эктопии встречается очень редко, при выраженных уродствах плода, если, например, верхушка сердца расположена между двумя половинами нижней челюсти и прилежит к высунутому языку, или же в случаях, если сердце прикреплено к твердому небу. При шейной эктопии ребенок погибает сразу после рождения.

Г. Абдоминальная – сердце выпирает через отверстие в диафрагме и располагается в брюшной полости или вне ее вследствие дефекта в брюшной стенке. Сердце может быть смещено в область локализации одной из почек. При нормально сформированном сердце больные могут дожить до преклонного возраста.

Д. Экстрастернальная (*ectopia cum fissura sterni*) – является следствием аномалий развития грудины (разновидность грудной эктопии).

Литература:

1. Михайлов, С.С. Анатомия врожденных пороков сердца / С.С. Михайлов // В кн.: Клиническая анатомия сердца. – М.: Медицина, 1987. – Гл. 10. – С. 248–250.

АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ В СВЯЗИ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Семенчук Ю.В., Дудук С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Исследование является составной частью научно-исследовательской работы, выполненной на кафедре психиатрии и наркологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», по теме «Клинико-эпидемиологическое исследование деменций позднего возраста», номер государственной регистрации 20091455, дата регистрации: 10.07.2009.

Цель работы – изучить особенности выхода на инвалидность и структуру тяжести первичной инвалидности вследствие сосудистой деменции (СоД) населения старше 40 лет, проживающего в Гродненской области за период 2002-2010 гг., как один из аспектов бремени медико-социальных проблем в связи с СоД.

Материал и методы исследования. Уровень, структура, динамика, процессы формирования контингентов инвалидов в связи с СоД изучены сплошным методом среди городского и сельского населения Гродненской области, за 2002-2010 гг. с общим числом наблюдений 823 больных.

В процессе исследования для расчетов интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа всех лиц с СоД, освидетельствованных и впервые освидетельствованных Психиатрической медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК) Гродненской области за 2002-2010 гг. Проведена оценка интенсивных показателей общей и первичной инвалидности при СоД. Для получения необходимых сведений об инвалидах производилась выкопировка данных из актов медицинского освидетельствования, направлений на МРЭК, а также дел освидетельствования во МРЭК.

Формирование контингентов инвалидов при СоД связано с первичным выходом на инвалидность, так как снятых с инвалидности нет. В 100% повторное освидетельствование приводит к утяжелению группы инвалидности. Из каждых 1000 вновь выявленных случаев всех деменций по Гродненской области (исключая деменцию

вследствие эпилепсии и употребления ПАВ) в среднем 131 становятся инвалидами в связи с СоД. Средний возраст зарегистрированных инвалидов в связи с СоД – $67,4 \pm 0,39$ года. Заслуживает внимания значительный удельный вес инвалидов (97,1%), которым группа инвалидности устанавливается без определения срока переосвидетельствования, то есть бессрочно. Общая инвалидность при СоД незначительно превышает первичную – 1,4:1. Это может объясняться как высоким процентом первичного бессрочного выхода на I группу инвалидности – 90,7% при СоД, так и смертностью среди пожилых людей.

Среди всего контингента инвалидов в связи с деменциями преобладают женщины – 65,8% при СоД. Женщины преобладают как среди пациентов с БА, так и СоД, проживающих в сельской местности. Показатели инвалидности находятся в зависимости от уровня образования, преобладают лица с более низким уровнем образования.

Литература:

1. Гришина, Л.П. Инвалидность как многофакторная проблема / Л.П. Гришина, Д.И. Лаврова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 2. – С. 27-30.

2. Инструкция по определению группы инвалидности: утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 12.08.02: текст по состоянию на 1 сент.2002 г. – Минск, 2002. – Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 8/8563.

3. Инструкция по определению причины инвалидности, утв. М-вом здравоохран. Респ. Беларусь 12.08.02: текст по состоянию на 1 сент.2002 г. – Минск, 2002. – Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 8/8563.

ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Семутенко В.О., Алексеюк М.В., Сенько В.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – ассист., к.м.н. Сенько В.И.

Изучение связи соматических особенностей и психологических черт человека, постижение его биологической и психологической индивидуальности важно не только для теоретической науки, но и для практических врачей, педагогов, клинических и общих психологов. Изучение психосоматических соотношений означает стремление найти более полное, по сравнению с возможностями традиционного подхода, понимание этиологии и патогенеза заболеваний, причин вариабельности их течения, а также терапевтической проблематики. Учет психологических личностных факторов, их значимости, механизмов их «включения» в схему патогенеза болезни позволяет раскрыть социально-психологическую детерминацию патологии человека, объяснить ее своеобразие.

Понятие конституция включает не только психотип, но и соматотип и др. Поэтому, для более полной характеристики мы определили личностные характеристики пациентов с СД1 в зависимости от соматотипа.

Объект исследования – 196 пациентов женского пола, страдающие сахарным диабетом первого типа в возрасте от 18 до 27 лет и от 28 до 37 лет

Женщины с СД1 астенического телосложения по критерию Колмогорова – Смирнова интроверты ($p < 0,001$), с высокой раздражительностью и низкой невротичностью ($p < 0,05$). Нормостеники по критерию Колмогорова – Смирнова достоверно менее общительны и реактивно агрессивны ($p < 0,001$) в сравнении с контролем.

Женщины с СД1 гиперстенического типа телосложения по критерию Колмогорова – Смирнова достоверно более открыты ($p < 0,05$) в сравнении со здоровыми.

Пациенты имеют высокую степень невротичности, низкую – общительности и среднюю – реактивной агрессивности. С увеличением продолжительности заболевания у больных женщин отмечается снижение общительности, спонтанной и реактивной агрессивности.

Так, обследуемые женщины астенического типа телосложения имеют высокую степень раздражительности и низкую – невротичности, нормостенического – низкую общительность и реактивную агрессивность, гиперстенического – высокую открытость.

Литература:

1. Губачев, Ю. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. / Ю. М. Губачев, Е. М. Стабровский. – Л. : Медицина, 1981. –214 с.

2. Жмурик, В.В Дерматоглифика у лиц в возрасте 21–35 лет, болеющих инсулинозависимым сахарным диабетом / В.В. Жмурик, И.Д. Кухар // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии: материалы 2-й международной науч. конф.; под ред. П.К. Лысова. – М.: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2006. – С. 78–80.

АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ РАСШИРЕННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО СКРИНИНГА БЕРЕМЕННЫХ ВО ВТОРОМ И ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРАХ

Сенько И.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Петрович С.А.

Наблюдение внутриутробного плода было всегда достаточно сложной проблемой. В настоящее время ультразвуковые исследования выраженно прогрессируют, имеют возможности цветного доплеровского картирования, трехмерного изображения, а, значит, полноценной морфологической и функциональной оценки. В рамках планируемого исследования была проведена эхография у 343 беременных, находящихся в отделении патологии беременности больницы скорой медицинской помощи во втором-третьем триместрах беременности и в предродовый период. Ультразвуковое сканирование проводили при поступлении в стационар на эхосканере «SIEMENS» конвексным датчиком 3,5 Мгц по расширенной программе фетометрии в В/М/D режимах. Оценивалось морфологическое и функциональное состояние органов и систем плода, а также провизорных органов беременности с учетом всех визуальных маркеров акушерского и генетического риска. Патологические состояния распределились приблизительно одинаково. Из 343 наблюдаемых нами беременных нарушение фетоплацентарного кровотока выявлено у 226 человек. По степени тяжести данные распределились следующим образом: 106 человек первой степени (46%), 72 – второй степени (31%) и 48 человек (21%) – нарушение фетоплацентарного кровотока третьей степени. В дальнейшем доплерография проводилась с интервалом в одну неделю, при нарушении второй степени – с интервалом в 5 дней.

Дальнейшая оценка результатов проводилась после родоразрешения по состоянию плода. У беременных основной группы количесвто доношенных детей было 319, недоношенных – 24. Большинство детей основной группы родились в хорошем состоянии, оценка по шкале Апгар составила $8,7 \pm 1,9$ балла, в группе сравнения оценка по шкале Апгар была достоверно ниже и равнялась $7,5 \pm 1,6$ балла. Средняя масса доношенных детей в основной группе была высокой была 3460 ± 70 граммов, в группе сравнения средняя масса доношенных детей составила 3240 ± 40 граммов. Средняя масса недоношенных детей в основной группе была 2340 ± 85 граммов, а в группе сравнения 2030 ± 75 граммов. Разработанная в ходе исследования схема оказалась высокоэффективной: благодаря рекомендуемой нами расширенной биометрии плода были выявлены и своевременно пролечены преходящие микроаномалии плода.

При проведении исследования выявлена корреляция врожденных аномалий плода и патологических состояний провизорных органов беременности: изменения количества околоплодных вод, состояния плаценты и аномалии пуповины. Достоверно доказана зависимость нахождения в стационаре от четкой административной регламентации времени осмотра. В результате проведенного автором исследования

был выявлен административный (регламентация времени осмотра) и сенсорный (расширенная схема обследования) уровни сокращения нахождения в стационаре (койко-дни) беременных с патологическим течением беременности.

Литература:

1. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / под ред. В.В. Митькова. – М.: М., 1996.
2. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода / Р.Ромеро [и др.]. – М.: М., 2004. – 440с.
3. Затикян, Е.П. Кардиология плода и новорожденного / Е.П. Затикян. – М.: Инфо-Медиа, 2008. – 184 с.

СЛУЧАЙ АНОМАЛЬНОЙ ТОПОГРАФИИ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОЙ АРТЕРИИ

Сергей О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доц. Волчкевич Д.А.

Сегодня каждый третий человек в мире страдает каким-либо заболеванием сердечно-сосудистой системы. Смертность достигает в среднем 35% (в развитых странах до 40-50%). По статическим данным Министерством здравоохранения в структуре смертности по Республике Беларусь болезни сердца и сосудов в 2009 году составили 54%.

По литературным данным для 0,3-1,3% вевнечных артерий характерны аномальные варианты, которые, вероятно, являются причиной многих заболеваний срдца, ведущих к летальному исходу.

Цель работы. Изучить аномалии венечных артерий.

Материалом для данного исследования послужили 7 органокомплексов сердца взрослых людей в возрасте 50-75 лет.

Данное исследование проводилось с помощью следующих методов: макро-препарирования, морфометрия, статистический метод.

В результате нашего исследования мы обнаружили необычный ход передней межжелудочковой аретрии, которая сначала идет поверхностно на протяжении 3 см, затем входит в толщу миокарда левого желудочка и через 0,7 см снова появляется на поверхности передней межжелудочковой борозды.

Данный вариант топографии называется – «мышечные перемиычки».

Итальянские ученые (La Grutta L и др., 2009), используя метод компьютерной топографии коронарных артерий, установили, что примерно в 30% случаев венечные артерии прерываются «мышечными перемиычками». «Перемиычки» могут быть различной длины (менее 1 см – 58 см, 1-2 см – 32%, более 2 см – 10%) и глубины (поверхностно – 69% и глубоко внутри миокарда – 31%), причем, было выявлено, ч то длина перемиычки достоверно коррелирует с её толщиной. данной аномалии чаще подвергаются ветви левой венечной артерии (передняя межжелудочковая ветвь – в 95%), что мы и обнаружили во время нашего исследования. Такой ход венечных артерий и их ветвей встречается от 15% (М.Ц. Лисицин) до 90% (Н.А. Джавахшвили, М.Э. Кохамидзе, Ю.Г. Донцов).

«Мышечные перемиычки», перекидывающиеся над венечными артериями и их основными ветвями, могут оказывать неблагоприятное воздействие на интиму венечных артерий, тем самым способствуя склерозированию и закупорке их, а также такой ход венечной артерии может привести к её выключению во время систолы сердца, т.к. прекратится ток крови по сосуду.

Таким образом, полученные результаты могут быть приняты во внимание врачом при проведении диагностических и оперативных манипуляций на сердце.

Литература:

1. Кованов, В.В. Хирургическая анатомия артерий человека / В.В. Кованов, Т.И. Аникина; под ред. Е.Б. Сафьянникова. – Москва: Медицина, 1974. – С. 8-28.

2. Смертность населения Республики Беларусь // Министерство Здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа: <http://minzdrav.by>. – Дата доступа: 15.10.2010.

3. Prevalence of myocardial bridging and correlation with coronary atherosclerosis with 64-slice CN coronary angiography [Electronic resource]. – La Grutta [et al.]. – Radio. Med. 2009 Oct; № 114 (7). P. 1024-1036. – Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. – Date of access: 15.10.2010.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Сергей О.А., Юрча С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., асс. Мацюк Т.В.

Введение. В последние годы наметилась отчетливая тенденция к увеличению частоты эрозивно-язвенных поражений (ЭЯП) слизистой гастродуоденальной зоны у детей [2]. Современные концепции патогенеза заболеваний желудка и ДПК придают большое значение нарушениям в системе защитных механизмов слизистой оболочки, но до настоящего времени эти изменения, в частности нарушения системного кровотока, остаются наименее изученными [3], тогда как адекватная гастроцитопroteкция возможна только в условиях нормального кровоснабжения [1].

Цель исследования – оценить состояние эндотелий зависимой вазодилатации у детей с эрозивно-язвенными поражениями слизистой гастродуоденальной зоны.

Материал и методы исследования. Обследовано 50 пациентов с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), поступивших в гастроэнтерологическое отделение детской областной клинической больницы г. Гродно в связи с обострением основного заболевания в возрасте от 7 до 15 лет. Для верификации диагноза всем больным, наряду с общеклиническими исследованиями, проводилась эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией слизистой гастродуоденальной зоны для морфологического подтверждения диагноза. Состояние NO-обусловленной эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) оценивали по результатам пробы с временной окклюзией артериального кровотока в сосудах предплечья [4]. Адекватным считали прирост пульсового кровотока (ПК) предплечья в первые 2 минуты после окклюзии на 10% и более от исходного уровня [4]. Контроль сохранности эндотелийнезависимого механизма вазодилатации осуществляли с помощью нитроглицериновой пробы.

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от нозологической формы заболевания все дети были разделены на группы: I группа – пациенты с хроническим гастродуоденитом и хроническим гастритом (86% обследованных), II группа – пациенты с ЭЯП слизистой желудка и ДПК (14%). Анализ состояния NO-обусловленной ЭЗВД в группах обследованных детей показал, что у пациентов I группы прирост ПК в сосудах предплечья укладывался в нормальные показатели зависимой от эндотелия вазодилатации и составил $11,9 \pm 1,15\%$. У пациентов с ЭЯП СОЖ и ДПК прирост ПК по результатам теста с реактивной гиперемией был ниже ($2,6 \pm 0,90\%$), чем у детей I группы ($p < 0,01$) и ниже установленных величин, что трактовалось нами как признак NO-зависимой дисфункции эндотелия. У всех обследованных детей наблюдался значимый (более 19%) прирост ПК в ответ на прием нитроглицерина, что свидетельствовало о сохранности у них гуанилатциклазного эндотелийнезависимого механизма вазодилатации.

Таким образом, нами установлено снижение величины максимального прироста ПК у детей с ЭЯП слизистой желудка и ДПК, что свидетельствует о формировании у них ДЭ и подтверждает роль сосудистых нарушений в патогенезе ЭЯП СОЖ и ДПК.

Литература:

1. Детская гастроэнтерология (избранные главы) / под ред. А.А. Баранова, Е.В. Климанской, Г.В. Римарчук. – М., 2002. – 591 с.
2. Сукало, А.В. Распространенность заболеваний органов пищеварения у детей / А.В. Сукало, Т.В. Подольская–Девочко // Медицинская панорама. – 2004. – т. 37, № 2 – С. 40–42.
3. Тананян, А.О. Язвенная болезнь и оксид азота: обзор литературы / А.О. Тананян // Вестник хирургии Армении. – 2001. – № 1. – С. 6–9.
4. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis / D.S. Celermajer [et al.] // Lancet. – 1992. – Vol. 340, № 7 – P. 1111–1115.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Сергиенко Е.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – доц. Матиевская Н.В.

Наиболее значимая причина ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет – это вертикальная передача ВИЧ от матери к ребенку во время беременности. В связи с этим профилактика перинатальной трансмиссии ВИЧ должна начинаться с ранних сроков беременности. С другой стороны, актуальным является вопрос ранней диагностики ВИЧ-инфекции у ребенка, что позволяет своевременно назначить терапию, предотвратить прогрессирование заболевания и смерть ребенка.

Цель исследования. Оценить факторы риска и качество диагностики врожденной ВИЧ-инфекции у детей, состоящих на диспансерном учете в Гродненском регионе Республики Беларусь.

Материалы и методы. Проанализированы статистические данные Гродненского областного центра гигиены и эпидемиологии, клинико-анамнестические данные и медицинская документация (амбулаторные карты и истории болезней) ВИЧ-инфицированных детей, состоящих на диспансерном учете в консультативно-диспансерном кабинете Гродненской областной инфекционной клинической больницы.

Результаты. В Гродненской области за период с 1996 года родилось 58 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. Тридцать один (53,4%) ВИЧ-экспонированный ребенок снят с диспансерного учёта в связи с отсутствием инфицирования ВИЧ, 2 детей (3,4%) умерли в первые 2 недели жизни, что не позволило верифицировать или исключить у них диагноз врожденной ВИЧ-инфекции. При оценке качества диагностики ВИЧ-инфекции установлено, что определение ДНК-провируса ВИЧ в плазме методом ПЦР стало возможным с 2006 г., что позволило верифицировать диагноз у 3 (37,5%) пациентов на 1 году жизни. У 3 пациентов, родившихся до 2006 г., диагноз установлен в возрасте 18 месяцев на основании серологических методов (ИФА и иммуноблотинг). Диагностика врожденной ВИЧ-инфекции на основании клинических проявлений была осуществлена у 2 пациентов (25 %) в возрасте 2 лет 3 месяцев и 10 лет на стадии СПИД. В обоих случаях матери детей не знали о инфицированности ВИЧ во время беременности и родов. Стадия СПИД установлена у 3 пациентов, пре-СПИД – также у 3, асимптомная стадия – у 2. Антиретровирусную терапию получают 5 пациентов (62,5%).

При анализе возможных причин перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции были установлены следующие факторы: отсутствие диагностики ВИЧ-инфекции у матери во время беременности – 3 (37,5 %); отсутствие антиретровирусной (АРВ)-профилактики в период беременности и родов – 6 (65%); кесарево сечение выполнено у 1 пациентки (12,5%); отсутствие АРВ-профилактики у ребенка – 6 (65%); вскармливание грудью – 3 (37,5%).

Соблюдение всех рекомендаций по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку было выполнено лишь у 1 пациентки из 8.

Заключение. В настоящее время частота врожденной ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-экспонированных детей в Гродненском регионе составляет 13,2%. При этом в 87,5% случаев отмечено несоблюдение протокола по профилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ, что привело к отсутствию своевременной диагностики ВИЧ-инфекции у матери, АРВ-профилактики у матери и ребенка, проведению родов естественным путем, сохранению грудного вскармливания. Диагностика врожденной ВИЧ-инфекции по клиническим показаниям сложна и, как правило, осуществляется на манифестных стадиях заболевания, когда имеются признаки СПИД-маркерных заболеваний. Распространение ВИЧ-инфекции в РБ позволяет прогнозировать увеличение частоты случаев ВИЧ-инфекции у детей, что требует дальнейшего повышения уровня знаний по ВИЧ-инфекции среди практических врачей.

ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Середа А.И., Кипцевич Ю.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Емельянчик Ю.М.

Психические свойства личности теснейшим образом взаимосвязаны между собой и оказывают выраженный эффект на физиологические функции [Столяренко Л.Д., Самыгин С.И., 2001]. Однако комплексное психосоматическое воздействие различных психологических черт продолжает оставаться недостаточно изученным. Данное исследование было предпринято с целью анализа влияния положительных и отрицательных свойств личности на вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы.

В исследовании приняли участие 42 студента 3 курса ГрГМУ, обоего пола (22 девушки и 20 юношей), в возрасте от 19 до 26 лет. У всех студентов определяли ЧСС и аускультативно, методом Н.С. Короткова, измеряли систолическое (Ps) и диастолическое (Pd) артериальное давление. Вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы оценивали путем расчета вегетативного индекса Кердо (ВИК) и при помощи синокаротидного рефлекса Геринга-Чермака (ЧСС до надавливания на область проекции сонной артерии и через 1 мин. после прекращения надавливания). При помощи тестов анализировали отрицательные свойства личности: импульсивность (экспресс-диагностика неуправляемой эмоциональной возбудимости по В.В. Бойко [Фетискин Н.П. и соавт., 2009]), агрессивность (тест А. Ассингера «Оценка агрессивности в отношениях»), конфликтность (экспресс-диагностика конфликтности [Фетискин Н.П. и соавт., 2009]) и положительные свойства личности в виде оптимизма (тест на оптимизм, www.test.tut.by). Для статистической обработки результатов использовали пакет STATISTICA. Выполняли корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Обнаружено, что при увеличении импульсивности также увеличиваются ЧСС ($R=0,5102$, $p=0,0006$) и ВИК ($R=0,5356$, $p=0,0003$). При большей импульсивности замедление ЧСС при синокаротидном рефлексе Геринга-Чермака было менее выражено ($R=0,5356$, $p=0,0003$). Не выявлено достоверных корреляций между конфликтностью, агрессивностью и Ps, Pd, ЧСС и ВИК. Наблюдалась положительная корреляционная взаимосвязь между оптимизмом и ВИК ($R=0,3354$, $p=0,0299$). Важно отметить, что отсутствовали достоверные корреляции между оптимизмом и всеми анализируемыми отрицательными свойствами личности (импульсивностью, конфликтностью и агрессивностью). В то же время, импульсивность и конфликтность ($R=0,5549$, $p=0,0001$), агрессивность и конфликтность ($R=0,4680$, $p=0,0018$) были взаимосвязаны.

Наблюдались половые различия вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы. В покое у девушек было меньшее Ps ($R=-0,3569$, $p=0,0203$), Pd ($R=-0,3862$, $p=0,0115$) и большая ЧСС ($R=0,3984$, $p=0,0089$), и ВИК ($R=0,5876$, $p=0,0001$). Де-

вушки оказались более импульсивными ($R=0,4401$, $p=0,0035$). Также интересно отметить, что с увеличением возраста студентов уменьшались оптимизм ($R=-0,3095$, $p=0,0461$) и агрессивность ($R=-0,4331$, $p=0,0042$).

Таким образом, различные свойства личности могут оказывать эффект на вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы у юношей и девушек, при этом положительные (оптимизм) и отрицательные свойства (импульсивность, агрессивность и конфликтность) оказались независимыми друг от друга.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Серединская Е.В., Побыллец А.М., Карев Б.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н. доц. Д.Б.Карев

Актуальность. Вертельные переломы бедренной кости составляют около 8% в структуре травм опорно-двигательной системы.

По данным литературы 70-75% травмы данной локализации отмечаются у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности этого контингента людей, анатомо-функциональные характеристики проксимального отдела бедренной кости и тазобедренного сустава, а также многочисленные осложнения общесоматического, психического и локального характера создают значительные трудности в реабилитации пациентов и являются предметом дискуссии специалистов [1]. В настоящее время в лечении пациентов с латеральными переломами приоритет принадлежит активной хирургической тактике. В большинстве своем это органосохраняющие оперативные вмешательства.

Цель данной работы – на основании клинического наблюдения, провести сравнительный анализ результатов после остеосинтеза ангулярным фиксатором АО и системой DHS.

Материалы и методы: основаны на анализе медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты) и рентгенограмм 62 пациентов, которым в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ выполнен остеосинтез по поводу вертельных переломов бедренной кости. По локализации: межвертельные переломы отмечены у 39, чрезвертельные – у 23 пациентов.

У 38 пациентов стабилизация перелома осуществлена с помощью системы DHS, у 24 – в качестве фиксатора использована ангулярная пластина системы АО.

Результаты прослежены в сроки от одного до пяти лет. Критериями оценки служили степень «опорности» оперированной конечности, объем движений в смежных суставах, наличие укорочения, а также рентгенологические показатели (консолидация, величина шейечно-диафизарного угла).

Исходя из вышеизложенных критериев, хорошие результаты отмечены у 54 (87,1%), удовлетворительные у 5 (8,1%), неудовлетворительные – у 3 (4,8%) пациентов. Удовлетворительные исходы у 4 пациентов связаны с необходимостью использования в послеоперационном периоде дополнительной иммобилизации в виде гипсовой повязки, так как на фоне остеопороза ангулярная пластина АО не обеспечила стабильную фиксацию. Среди неудовлетворительных исходов у 1 пациента – нагноение послеоперационной раны, в связи с чем металлическая конструкция удалена. У 1 пациента наступил усталостный перелом ангулярного фиксатора на фоне несросшегося перелома бедренной кости, что потребовало реosteосинтеза с использованием фиксатора DHS и костной пластики. У 1 пациента также после остеосинтеза пластиной АО через 1 год развился тотальный аваскулярный некроз головки бедренной кости, связанный с «травматичностью» постановки фиксатора.

Заключение. Использование системы DHS в хирургическом лечении вертельных переломов позволяет достичь лучших клинических результатов благодаря обеспечению стабильности фиксации, не требующей дополнительной иммобилизации в

послеоперационном периоде и технологичности вмешательства, значительно снижающей его травматичность.

Литература:

1. Hoffmann R., Schinidmaier G., Schulz R., Sudkamp N.P. Classic nail versus DHS. A prospective randomized study of fixation of trochanteric femur fractures .Unfallchirurg.-1999. –102(3): 182-90

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ШАХТНЫХ КОЛОДЦАХ Д. ДОМОТКАНОВИЧИ КЛЕЦКОГО РАЙОНА

Сидор Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей и биоорганической химии

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – к.б.н., ассист. Бубен А.Л.; ассист. Синяк В.Г.

Значение воды для человечества и всей планеты трудно переоценить. Вода – один из главных элементов, необходимых для существования любого биологического организма. Проблема рационального использования и охраны водных ресурсов, как одна из важнейших составляющих общей проблемы защиты и оздоровления окружающей среды, с каждым днем приобретает все большую остроту. Около 1,2 млрд человек испытывает нехватку питьевой воды. Инфекции, вызванные некачественной водой, составляют 80% всех инфекционных заболеваний. Потребность в питьевой воде год от года растет.

Цель работы – определить качество питьевой воды в колодцах шахтного типа. Всего было проанализировано 5 проб воды из шахтных колодцев.

Одной из главных причин повышенного содержания нитратов в пробах воды №№ 1, 4, 5 является неправильная эксплуатация колодцев (расположены вблизи скотного двора, сточных вод из канализационной системы в доме), а также может быть причиной и глубина колодца.

Микробиологическое исследование показало, что в пробах №1 и №2 вода не соответствует нормам СанПин 10.124.РБ.99, так как в ней содержится повышенное общее микробное число. Вода в пробах №3, №4, №5 по микробиологическим показателям соответствует СанПин 10.124.РБ.99. Исходя из результатов микробиологического исследования, следует, что воду из колодцев №1 и №2 можно использовать для питья только в кипяченом виде. Причины некачественной воды в колодцах №1 и №2 кроются в том, что эти колодцы расположены вблизи сараев и плохо оборудованы.

Результаты. В ходе проведенных исследований по определению качества питьевой воды в шахтных колодцах д. Домоткановичи Клецкого района было установлено:

1) по химическому составу питьевая вода во всех исследуемых колодцах соответствует нормам СанПин 10.124.РБ.99;

2) микробиологический анализ показал положительный результат в трех из пяти исследуемых колодцев: ул. Советская, Комсомольская, Шевчука; вода в колодцах на ул. Центральная и ул. Гагарина пригодна к употреблению только в кипяченом виде, т.к. в ней повышено общее микробное число;

3) по качеству вода только в трех исследуемых колодцах (ул. Советская, Комсомольская, Шевчука) пригодна для питья, как по химическому, так и по микробиологическому составу.

Литература

1. Гидранович В.И., Смагина Е.С. Вопросы биохимии и молекулярной биологии в школьном курсе биологии. Біялогія: праблемы выкладання, 2005. №2.

2. Гидранович В.И. Молекулярная биология и биологическая химия. Витебск: Изд-во УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2006.

3. Материалы отдела информации Минприроды, «Эколог и я». № 1, 2007.

4. Сборник санитарных правил и норм по питьевому водоснабжению. Минск, 2006.

УЗ ДИАГНОСТИКА КАНАЛЬЦЕВЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Сидор Е.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – к.м.н., доц. Маслакова Н.Д.

Актуальность. В диагностике паховых грыж наметилось расширение позиций УЗИ. Достоверность УЗИ паховой области достаточно высока для точной оценки размеров тех анатомических структур, ткани которых используются при выполнении герниопластики.

Цель исследования. Изучение возможностей УЗИ паховой области для выявления канальцевых паховых грыж на ранних стадиях и решения вопроса о виде оперативного вмешательства.

Методы. На базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» были обследованы призывники срочной службы, поступавшие в отделение с болями в паховой области. Диагностика проводилась с кистой семенного канатика, варикоцеле, лимфаденитом. Для уточнения диагноза использовался аппарат Aloka 1100 с датчиками: конвексный – 3,5 МГц, линейный – 7 МГц. Исходным положением в исследовании считали размещение датчика на 1-2 см выше и параллельно паховой связке, перпендикулярно поверхности кожи. При этом оценивали выраженность паховой связки. 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 косой грыже мешок имел овальную форму с Г-образной траекторией протрузии, при прямой – округлую форму, при натуживании определялось поступательное движение содержимого на датчик. По степени протрузии можно определить начальную канальную грыжу, диагностика которой наиболее затруднена.

Достоверность УЗИ-заключений возрастает при отработке методических подходов, путем сравнения результатов с реальным состоянием тканей, обнаруженным во время операции.

Результаты исследования. Было обследовано 25 курсантов срочной службы, поступавших с подозрением на наличие паховой грыжи. Диагноз подтвердился в 22 случаях, что касается остальных трех: в одном из наблюдений была визуализирована киста семенного канатика, в другом – лимфаденит, в третьем – варикоцеле.

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., Божко В.В. Возможности УЗ-исследования при неосложненных паховых грыжах. – Хирургия. – 1999. – № 2. – С. 46-50.
2. Капустин С.В., Пименов С.И. УЗ-диагностика. – Витебск 2005.

К ВОПРОСУ ОБ ОПЕРАТИВНОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Сикерич Т.В., Дервис А.И., Касюк И.А., Спирина О.В., Гончарова К.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Васильев А.В.

Актуальность. В течение последних лет отмечается тенденция к нарастанию случаев заболеваний, передаваемых посредством укуса клещом. Данная ситуация характерна как для клещевого энцефалита (далее КЭ), так и для болезни Лайма. Подъем заболеваемости этими трансмиссивными инфекциями в Гродненской области регистрировался с 2001 по 2006 год. В настоящее время отмечена некоторая стабилизация ситуации, однако проблема данной патологии остается актуальной.

Целью исследования стало изучение роли серологической диагностики в верификации клещевого энцефалита.

Материалом исследования стали данные 28 историй болезни больных с окончательным диагнозом «клещевой энцефалит», лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2008 и 2009 годах. Методом исследования стал ретроспективный анализ.

Результаты. В 4 из 28 исследованных случаев исследование на антитела к вирусу КЭ не проводилось. Из 24 случаев обследованных на КЭ у 11 больных ($45,8 \pm 10,4\%$) результат был отрицательным. В 1 случае у больного с отрицательным результатом на вирус КЭ были обнаружены антитела Ig M к энтеровирусам, а у 3 больных антитела к *B.burgdorferi*. Таким образом, возникает закономерный вопрос: отрицательный гуморальный ответ на вирус КЭ это следствие особенностей иммунного ответа части пациентов или закономерное свидетельство диагностической ошибки. Для решения вопроса проведен сравнительно статистический и корреляционный анализ. В результате анализа установлено, что для больных, с отрицательным серологическим анализом на КЭ не характерно было развитие менингита (Sperman Rank $-0,62$; $p < 0,01$), более характерен был общеинфекционный синдром (Sperman Rank $+0,53$; $p < 0,05$), все эти больные проводили профилактику после укуса клещом (Sperman Rank $+0,48$; $p < 0,05$), состояние их расценивалось чаще как среднетяжелое (Sperman Rank $+0,45$; $p < 0,05$). В периферической крови этих больных реже регистрировалось преобладание нейтрофилов (Sperman Rank $-0,57$; $p < 0,01$), чаще – относительный лимфоцитоз (Sperman Rank $-0,62$; $p < 0,01$). Эта группа больных реже нуждалась в назначении мочегонных (Sperman Rank $-0,65$; $p < 0,01$) и детоксикационной терапии (Sperman Rank $-0,57$; $p < 0,01$). Таким образом, существенные различия в клинике позволяют считать, что отсутствие серологического ответа, в данном случае, закономерное следствие диагностической ошибки. Причиной неверного диагноза в данном случае явились, во-первых, абсолютизация факта укуса клещом и, во-вторых, поздно полученный результат серологического анализа.

Вывод. Для обеспечения качественной диагностики заболеваний, протекающих со сходной клиникой и при наличии сходных эпидемиологических данных, необходима оперативная серологическая диагностика (оптимально проведенная в течение суток с момента поступления). Затраченные средства на диагностику во многом окупятся экономией на терапии (в исследованном случае 100% больных с серонегативным ответом на КЭ получили курс терапии противоклещевым иммуноглобулином).

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЦВЕТНОГО ДОППЛЕРОВСКОГО КАРТИРОВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ситкевич А. Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Петрович С.А.

Поиск характерных изменений со стороны магистральных сосудов при различной патологии паренхиматозных органов брюшной полости может являться определяющим в дальнейшей лечебной тактике, в частности, в показаниях к оперативному вмешательству. Определение некоторых показателей цветной доплерографии достаточно значимо в качестве маркеров злокачественных новообразований. Основной задачей нашего исследования было определение сонографических критериев злокачественности и доброкачественности новообразований органов брюшной полости и их дифференцирование с помощью метода цветного доплеровского картирования от процессов воспалительного характера. Для решения поставленной проблемы работа выполнялась по трем направлениям: сонография кровотока брюшного отдела аорты, нижней полой вены после операции холецистэктомии и цветное доплеровское картирование в энергетическом режиме при выявленных образованиях. Исследование проводилось конвексным трансдюсером 3,5 МГц на эхосканере Logiq. Исследуемыми параметрами были максимальные и минимальные объемные скорости кровотока и пульсационный индекс, равнозначны они измерялись как в импульсном, так и в энергетическом режимах. Основную группу составили пациенты с опухолевыми процессами органов брюшной полости, хроническими, острыми и калькулезными холециститами, панкреатитами и разными стадиями после холецистэктомии. Максимальные скорости кровотока были превышены для хронических деструктивных холециститов, но при сохранении нормального пульсационного индекса, в то время как постхолецистэктомический синдром и наличие злокачественного опухолевого роста определялось снижением максимальной объемной скорости кровотока. Тем не менее, злокачественности процесса всегда сопутствовало выраженное превышение пульсационного индекса, что явилось патогномоничным синдромом, и, благодаря проведенному исследованию, основным дифференциальным признаком. Таким образом, выполненная работа четко определила необходимый объем исследования доплерографических показателей и выявила дифференциально-диагностические критерии.

Литература:

1. L. Tarantino, V. Nocera, M. Perrotta, G. Balsamo, A. Schiano, P. Orabona, F. M. Sordelli, C. Ripa, D. Parmeggiani, and P. Sperlongano. Primary Small-Bowel Melanoma: Color Doppler Ultrasonographic, Computed Tomographic, and Radiologic Findings With Pathologic Correlations // J. Ultrasound Med., January 1, 2007; 26(1): 121 – 127.
2. P. W. S. Rosario, S. de Faria, L. Bicalho, M. F. G. Alves, M. A. R. Borges, S. Purisch, E. L. Padrao, L. L. Rezende, and A. L. Barroso Ultrasonographic Differentiation Between Metastatic and Benign 1 Lymph Nodes in Patients With Papillary Thyroid Carcinoma // J. Ultrasound Med., October 1, 2005; 24(10): 1385 – 1389.

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ

Слуцкая Е.И., Анисеня Ю.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Польшинский А.А.

Актуальность. Дивертикул Меккеля – врожденная аномалия, обусловленная неполным обратным развитием желточного протока и проявляющаяся выпячиванием подвздошной кишки. В норме на 3–5 месяце внутриутробного развития наблюдается обратное развитие желточного протока – он полностью облитерируется, однако у 2–3 % людей этого не происходит. Вследствие чего возникают такие аномалии, как

гранулема пупка, неполный свищ пупка, полный пупочно-кишечный свищ, энтерокистома, пупочно-кишечная связка и дивертикул подвздошной кишки (дивертикул Меккеля). При этом 50 % частоты встречаемости данного заболевания приходится на детский возраст до 10 лет.

Цель исследования. Провести анализ частоты встречаемости данной патологии в клинике у взрослого населения.

Методы и материал исследования. В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 2006 по 2010 годы находились на лечении 7 больных с осложнениями дивертикула Меккеля, при этом динамика поступления больных была следующей. В 2006 и 2007 годах таких больных в клинике не было. В 2008 г. – 1, 2009 г. – 2; в 2010 г. – 4. Из них мужчин было 6, женщин – 1. Возраст больных составлял 23–67 лет.

При анализе историй болезни было установлено, что у всех 7 пациентов имели место явления воспаления стенок дивертикула Меккеля, в 1 случае хроническое и в 6 – острое. Хронический дивертикулит был выявлен у 1 больного с аденокарциномой сигмовидной кишки, что послужило показанием к симультанной клиновидной резекции Меккелева дивертикула. У трех пациентов имели место осложнения острого характера, которые проявлялись у 1 больного катаральной и у 2 флегмонозной формами дивертикулита, что потребовало их резекции. В операционную эти пациенты поступали с диагнозом – острый аппендицит. У 3 больных дивертикул Меккеля осложнился развитием острой кишечной непроходимости, при этом у 1 пациентки на фоне острого флегмонозного дивертикулита развилась странгуляционная острая тонкокишечная непроходимость, осложнившаяся гангреной участка подвздошной кишки и разлитым гнойным перитонитом. Больной выполнены резекция измененной кишки вместе с дивертикулом, илеостомия, санация и дренирование брюшной полости. У 2 больных имела место обтурационная кишечная непроходимость, вызванная спаечным процессом, образовавшимся вследствие дивертикулита. Этим больным произведены резекция участков подвздошной кишки, несущих Меккелев дивертикул, восстановление пассажа по кишечнику.

Все оперированные больные поправились и были выписаны из стационара в разные сроки.

Выводы. Дивертикул Меккеля в хирургической практике является не столь редкой патологией, при этом диагностика заболеваний, связанных с его осложнениями, трудна, так как ни одно из них не имеет специфических симптомов. Окончательный диагноз устанавливается лишь во время лапароскопии или лапаротомии.

НЕЙТРОПЕНИИ У ДЕТЕЙ

Сметюх Н.И., Кохна Г.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.

Кафедра педиатрии №2.

Научный руководитель – к.м.н., доц. Хлебовец Н.И.

Нейтропения – это уменьшение количества нейтрофилов у детей до 1 года ниже 1 тыс. в 1 мкл, после 1 года – менее 1,5 тыс. в 1 мкл крови [1].

Цель работы – изучить особенности детей, страдающих нейтропенией.

Изучены жалобы, анамнез, возраст, пол, изменения в общем анализе крови (ОАК) детей, проходивших стационарное лечение в ГДОКБ с января 2004 по декабрь 2010 года. Обследовано 47 детей в возрасте от 1,5 месяцев до 12 лет. Мальчиков было 23, девочек – 24.

Нейтропения как основной диагноз выявлена у 17 детей, сопутствующий – у 29. Среди детей, у которых нейтропения – основное заболевание, основную массу составили девочки 11 (61%) детей, в то время как мальчиков было 7 (39%). Нейтропения как сопутствующее заболевание одинаково часто встречалась как у мальчиков, так и у девочек (55% и 45% соответственно). Городских было 44 (94%) ребенка, сельских – 3 (6%). По возрасту, дети распределены следующим образом: среди де-

тей, где нейтропения как основной диагноз в возрасте до 1 года было 13 (72%) детей, от 1 до 3 лет – 4 (22%), до 12 лет – 1 (6%). Такая же закономерность выявлена и в группе детей с сопутствующей нейтропенией: до 1 года – 24 (83%) ребенка, от 1 до 3 лет – 3 (10%), от 3 до 6 лет – 2 (7%), старше 6 лет не было ни одного ребенка. Основная масса детей (98%) предъявляла жалобы на повышение температуры тела до 38–39° С; капризность, беспокойство, кашель, насморк, осиплость голоса, плохой аппетит, заложенность носа, одышку – 17 (36%) детей; на изменения в ОАК жаловались 11 (23%) детей. Лишь 1 ребенок поступил в стационар в связи с изменениями в ОАК.

Нейтропения как основной диагноз выявлена у 18 детей. Сопутствующими заболеваниями у них были: о. ринофарингит – у 10 детей, анемия – у 8, инфекция мочевыводящих путей – у 2, дисбактериоз – у 4, о. бронхит – у 5, кандидоз слизистой полости рта – у 2, симп. целиакии – у 1, о. фарингит – у 2, вторичные иммунодефициты – у 3, хронический тонзиллит – у 1, дисметаболическая нефропатия – у 1, о. пиелонефрит – у 1, носитель *S. aureus* – 1, пищевая аллергия – у 2, о. ларингит без стеноза – у 2, со стенозом гортани – у 2, пневмония – у 1. Нейтропения сопровождала следующим заболеванием: о. ринофарингит – у 14, о. фарингит – у 2, о. ларинготрахеит – у 4, очаговая пневмония – у 1, о. бронхит – у 7, гемофилия В – у 1, межмышечная гематома в области надколенной ямки справа – у 1, кавернозная гемангиома грудной клетки – у 1, о. ларингит со стенозом гортани – у 2, эндокардит – у 1, аллергический дерматит – у 2, медикаментозная аллергия – у 1, анемия – у 2.

Среди детей с основным диагнозом нейтропении от I родов было 9 (50%) человек, от II – 8 (44%) и от III – 1. Такая же закономерность прослеживается и среди детей, у которых нейтропения была сопутствующим заболеванием (23 – 79%; 6 – 21%, соответственно). Длина и масса тела при рождении соответствовала возрастной норме у 43 (91%) детей, лишь у 4 (9%) детей данные показатели были ниже нормальных значений. Доношенными были 44 (94%) ребенка, недоношенными – 3 (6%). 66% детей родилось от нормально протекавшей беременности, а осложненной – 34% детей. Роды у 34 (72%) женщин прошли без осложнений, а с осложнением – у 13 (28%). На естественном вскармливании находилось 40 (85%) детей, на искусственном – 4 (9%) ребенка и на смешанном – 3 (6%). У 44 (94%) детей нервно-психическое развитие соответствовало возрасту, а у 3 (6%) имело место ЗПМР.

Выводы: В 79% нейтропения встречалась в возрасте до 1 года; у девочек чаще, чем у мальчиков. 68% детей была от I родов и находилась на естественном вскармливании. У детей на фоне нейтропении чаще встречалась респираторная патология.

Литература:

1. Шабалов, Н.П. Детские болезни: в 2 т. / Н.П. Шабалов. – Санкт-Петербург, 2008.

ВЛИЯНИЕ АНТИТЕЛ ПРОТИВ АНТИГЕНОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПЛОДА НА РАЗВИТИЕ ПИРАМИДНЫХ НЕЙРОНОВ ПЯТОГО СЛОЯ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫСЯТ

Смоляк Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – к.б.н. Лис Р. Е.

Развитие нервной системы представляет собой сложнейшую цепь последовательных взаимосвязанных событий, включающих пролиферацию, миграцию, дифференцировку и гибель клеток, процессы роста нервных отростков, синаптогенез, формирование клеточных агрегатов и стабилизацию нервных связей [2]. Поэтому, нарушение какого-либо из звеньев в цепи развития нервной системы может приводить к повреждениям в ЦНС, часто необратимым. Основываясь на литературных данных о взаимодействии иммунной и нервной систем [1], можно предположить, что в про-

цессах формирования нервной системы у млекопитающих одна из важнейших ролей принадлежит иммунной системе матери [3].

В связи с вышеизложенным нами была поставлена цель: изучить действие антител против антигенов головного мозга плода, введенных в организм самок беспородных белых крыс на 15-й день беременности, на развитие пирамидных нейронов пятого слоя коры головного мозга крысят в постнатальный период.

Иммунная сыворотка против антигенов головного мозга плода вводилась подопытным самкам крыс на 15-й день беременности. Животным контрольной группы вводилась сыворотка интактных крыс в том же объеме и в те же сроки. Животные интактных групп никаким воздействиям не подвергались. Крысята рождались естественным путем. На 15-й день постнатального развития у крысят выделяли головной мозг, из которого в области зрительного перекреста вырезался фронтальный тотальный слой толщиной 3-4 мм, который фиксировали в смеси Карнуа. Из фиксированного в смеси Карнуа головного мозга крысят готовили гистологические препараты, окрашенные по Нисслю толуидиновым синим.

На гистологических препаратах головного мозга производили измерение площади ядер пирамидальных клеток ганглиозного слоя сенсомоторной коры больших полушарий с помощью компьютерного анализатора изображений Bioscan-NT с последующим вычислением объемов ядер. Для количественных характеристик определяли среднее значение по группе и ошибку среднего значения. Достоверность различий определяли, используя критерий Стьюдента.

У крысят в норме на 15-й ДПР цитоархитектоника коры больших полушарий практически соответствует взрослому животному, однако форма крупных нейронов ганглиозного слоя зачастую отличается от пирамидной взрослого животного – клетки имеют светлые овальные ядра, цитоплазма расположена эксцентрично относительно ядра – большая её часть находится либо в базальной, либо в апикальной, либо в латеральной частях клетки. У подопытных животных наряду с нормальной картиной наблюдаются в большом количестве набухшие, гиперхромные нейроны; во многих нейронах пятого слоя ядро маскируется тигроидом. Также встречаются клетки-«тени». При этом наблюдается достоверное увеличение объема ядер нейронов ганглиозного слоя коры на 18 %.

Таким образом, введение антител против антигенов головного мозга плода в организм самок беспородных белых крыс на 15-й день беременности приводит к нарушению развития пирамидных нейронов пятого слоя коры головного мозга крысят в постнатальный период.

Литература:

1. Абрамов, В.В. Интеграция иммунной и нервной систем / В.В. Абрамов. – Новосибирск: Наука, 1991. – 168 с.
2. Максимова, Е.В. Основные этапы дифференцировки нервных клеток / Е.В. Максимова; под ред. К.В. Шулейкина // Нейроонтогенез. – Москва: Наука, 1985. – С. 6-76.
3. Пальцев, М.А. Иммунологические аспекты материнско-плодовых взаимоотношений / М.А. Пальцев, И.Н. Волощук // Вестн. РАМН. – 1999. – № 5. – С. 32-36.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Смотрин И.С., Рум Е.Т.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Смотрин С.М.

Цель исследования: изучить результаты и определить эффективность используемых методов диагностики и лечения повреждений печени.

Материал и методы: В основу работы положен анализ результатов лечения 45 пациентов, которые находились на лечение в клинике хирургических болезней с 2001 по 2011 год. Среди поступивших мужчин было 30 (66,6%), женщин – 15 (34,4%). Это были

в основном люди молодого и среднего возраста [до 30 лет – 22 человек (48,9%), от 30 до 50 лет 13 человек (28,8%)]. В состоянии алкогольного опьянения находились 25 пострадавших (55,5%). 20 пациентов (44,4%) поступили в состоянии шока с политравмой. У них наряду с повреждением печени была диагностирована тяжелая черепно-мозговая травма, травма груди, переломы таза, конечностей. Кроме того, у 3 пациентов были повреждены селезенка, почка и тонкая кишка.

Для диагностики повреждений печени использовались клинические методы исследования, УЗИ, лапароскопия, КТ.

Результаты: Причинами повреждений печени явились: проникающие ножевые ранения живота – 16 пациентов (35,6%), дорожно-транспортная травма – 14 пациентов (31,1%), падения с высоты – 9 пациентов (20,0%), тупая травма живота – 6 пациентов (13,3%).

Клинические признаки внутрибрюшинного кровотечения отмечены у 30 пациентов (57,9%). УЗИ проводилось всем пострадавшим. Лапароскопия и КТ выполнялась лишь в сложных диагностических ситуациях.

Время от момента получения травмы до операции у 30 пациентов (66,6%) составило 1-1,5 часа, у 14 пациентов (31,1%) – 1,5-4 часа. Один пациент с подкапсульным разрывом печени поступил из другого лечебного учреждения, через 48 часов после травмы.

Объем кровопотери у 30 пациентов (57,9%) составил от 200 до 1500 мл и у 10 пациентов превысил 1500мл. При отсутствии повреждения полых органов производилась реинфузия крови.

При ножевых ранениях и линейных разрывах печени использовались в основном П-образные матрацные швы с тампонадой раны прядью сальника на ножке. Атипичная резекция печени выполнена 2 больным. При значительном разрушении обеих долей вокруг печени создавали каркас из сетчатых полипропиленовых эндопротезов с пришиванием зон повреждения П-образными швами. Капиллярное кровотечение останавливали с помощью гемостатических губок и тахокомба. Гемобилия отмечена в 1 случае.

В послеоперационном периоде умерло 11 больных (24,4%). Причиной смерти у 10 больных явилась тяжелая черепно-мозговая травма. Один больной умер от кровотечения на этапе оказания хирургической помощи.

ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Смотрин И.С., Стельмах Э. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. С.М.Смотрин

Одним из наиболее тяжелых осложнений после операций на органах брюшной полости по поводу заболеваний и травм является образование наружных кишечных свищей.

Целью нашего исследования явилось изучение причин и результатов лечения наружных кишечных свищей.

Материал и методы. Проведен анализ 45 историй болезни больных в возрасте от 19 года до 77 лет, находившихся на лечении в клинике хирургических болезней № 2. Из них женщин было 25 (55,5%), мужчин – 20 (44,5%). 24 больным свищи были наложены с лечебной целью (колостома – 19 больным, илеостома – 5 больным). Как осложнение плановых операций – кишечные свищи наблюдались у двоих больных (4,4%). У 19 больных (42,2%) кишечные свищи возникли после экстренных операций на органах брюшной полости. Из них 8 больных были оперированы по поводу спаечной кишечной непроходимости, шестерым больным – произведена резекция 2/3 желудка по поводу прободной язвы. Трое больных были оперированы в связи с закрытой травмой живота и повреждением двенадцатиперстной кишки. Один больной оперирован в связи с гангреной тонкой кишки на почве острой сосудистой недостаточности в бассейне верхней брыжеечной артерии и один больной оперировано в связи с острым аппендицитом. Причиной возникновения кишечных свищей

при спаечной кишечной непроходимости явилась несостоятельность швов в зоне ушивания десерозированных участков кишки. Свищи после резекции желудка возникли как результат несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Больные с губовидными кишечными свищами были оперированы. Основным оперативным вмешательством являлась резекция участка кишки с наложением межкишечного анастомоза. В послеоперационном периоде умерло двое больных. Больным с трубчатыми неполными кишечными свищами (16 пациентов) в комплексном лечении применялись эластические обтураторы. Они вводились в свищевой ход, для уменьшения потерь кишечного содержимого. По мере уменьшения свищевого хода диаметр вводимого эластического обтуратора уменьшался. У 14 больных трубчатые свищи закрылись самостоятельно, двое больных были оперированы.

Заключение. Таким образом, лечение наружных кишечных свищей требует индивидуального подхода к выбору метода лечения. Больные с неполными трубчатыми свищами могут успешно лечиться с применением эластических обтураторов.

ДОСТОВЕРНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОЛИПОВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Сопотько А. А., Заневская Е. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Довнар И.С.

Полипы желчного пузыря, по литературным данным, встречается у 3–4% населения. Тактика лечения данных доброкачественных образований не отличается от лечения полипов других локализаций органов желудочно-кишечного тракта. Большинство хирургов рассматривают полипы желчного пузыря как новообразования, склонные к малигнизации, которая составляет, согласно литературным сведениям, около 5% [1]. Так как выполнить изолированную полипэктомию практически невозможно, операцией выбора остается холецистэктомия.

Основным методом диагностики заболевания в настоящее время является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Цель нашего исследования – изучение достоверности УЗИ в диагностике полипов желчного пузыря. Для выполнения поставленной цели проведен анализ данных дооперационного УЗИ с результатами гистологического исследования желчного пузыря после выполнения холецистэктомии.

Аналізу подвергнуто 66 историй болезней больных, оперированных по поводу полипов желчного пузыря в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2000 по 2010 год. Холецистэктомии выполнены 30 (45,0%) мужчинам, и 36 (55,0%) женщинам. Средний возраст мужчин составил 44,4 года, женщин – 43,4 года. Из анамнестических данных было установлено, что у 14 (21,2%) пациентов полипы были впервые выявлены от 5 до 10 лет назад, у 22 (33,3%) – от 2 до 4 лет, но большинство 30 (45,5%) пациентов были оперированы в течение года после ультразвуковой диагностики заболевания. При УЗИ одиночные полипы были выявлены у 19 (28,8%) пациентов, множественные полипы – у 44 (67,3%) больных. У (3,9%) пациентов, по данным УЗИ, полипы желчного пузыря сочетались с желчнокаменной болезнью. Средний размер полипов составил 0,62 см. У абсолютного числа больных – 61 (92,4%) – при УЗИ утолщения стенок пузыря не обнаружено.

Исследование желчного пузыря в послеоперационном периоде подтвердило наличие полипов у 39 (59,1%) больных. При гистологическом исследовании в большинстве случаев выявлены аденоматозные полипы. У 10 (15,2 %) пациентов полипы были единичные, а у 11 (16,7%) больных выявлен полипоз желчного пузыря. У 5 (7,6%) больных макро- и микроскопически полипы обнаружены не были, но выявлен холестероз желчного пузыря. Следует отметить, что у 28 (38,4%) пациентов выявлена желчнокаменная болезнь, а не полипоз.

При гистологическом исследовании не было выявлено ни одного случая малигнизации, поэтому следует сделать вывод, что частота малигнизации в литературных источниках преувеличена.

Таким образом, в результате исследования мы определили, что достоверность УЗИ в диагностике полипов желчного пузыря составляет 32,8 %. В 43,75 % ЖКБ имитировала наличие полипов.

Литература:

1. Polypoid lesions of the gallbladder.// The American Journal of Surgery. – 2004- Vol.188- Issue 2 – P. 186–190.

2. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer./ Kwon W, Jang JY, Lee SE et-al. // J. Korean Med. J.Sci. Sci. 2009; 24 (3): 481–7.

АКТИВНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Софищенко М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биохимии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Масловская А.А.

Хроническое поступление этанола в организм приводит к выраженному дисбалансу гомеостаза [2, 3]. Печень является основным органом, участвующим в катаболизме этанола, что является важным фактором, приводящим к повреждению этого органа. Выявление метаболических изменений в ткани печени позволит разрабатывать методы их коррекции и учитывать при реабилитации больных алкоголизмом.

Фермент гепатоцитов глюкозо-6-фосфатаза (КФ 3.1.3.9) катализирует реакцию гидролиза глюкозо-6-фосфата с образованием свободной глюкозы, являющейся конечным продуктом как гликогенолиза, так и глюконеогенеза [1]. Поступающая в кровь из печени глюкоза обеспечивает поддержание уровня гликемии в промежутках между приемами пищи (за счет гликогенолиза) или во время более длительного голодания (за счет глюконеогенеза).

Целью исследования явилось: оценить глюкозообразовательную функцию печени по ою активности глюкозо-6-фосфатазы у крыс при моделировании хронической и прерывистой алкогольной интоксикации.

Материалы и методы. Опыты проведены на белых беспородных крысах-самцах массой 200 ± 20 г, содержащихся на стандартном рационе вивария при свободном доступе к воде. Для создания модели хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) опытным животным в течение 28 суток вводили внутрижелудочно 25% раствор этанола из расчёта 3,5 г/кг массы тела 2 раза в сутки. В другой группе крыс использовали модель прерывистой алкогольной интоксикации (ПАИ), в которой периоды введения этанола чередовались с периодами его отмены: животные получали этанол в такой же дозе, как и при ХАИ, аналогичным способом, по схеме: 4 суток этанол, 3 суток отмена (4 раза), суммарная продолжительность эксперимента 28 суток. Модель ПАИ соответствует ситуациям, наблюдающимся в реальной жизни, когда периоды интенсивного потребления спиртного чередуются с периодами воздержания (сопутствующей абстиненции), и характеризуется как запойное прерывистое пьянство. Соответствующим контрольным группам животных вводили внутрибрюшинно 0,9% раствор NaCl аналогично экспериментальным воздействиям в опытных группах. В надссадочной фракции гомогената печени определяли активность глюкозо-6-фосфатазы [4].

Результаты и обсуждение. При ХАИ наблюдалось снижение активности глюкозо-6-фосфатазы в печени крыс на 18%, что свидетельствует об уменьшении образования свободной глюкозы печенью. У животных с ПАИ активность фермента увеличивается на 40%, что указывает на увеличение образования свободной глюкозы печенью и может быть обусловлено стресс-реакцией, вызванной отменой этанола.

Выявленные изменения активности глюкозо-6-фосфатазы могут иметь определенные метаболические последствия, как для самой печени, так и для сопряженных биохимических процессов в других тканях, в клетки которых глюкоза проникает по градиенту концентрации.

Литература:

1. Кендыш, И.Н. Регуляция углеводного обмена / И.Н. Кендыш. – М.: Медицина, 1985. – 272 с.
2. Островский, Ю.М. Метаболические предпосылки и последствия потребления алкоголя / Ю.М. Островский и др. – Минск: Наука и техника, 1988. – 264 с.
3. Шабанов, П.Д. Биология алкоголизма / П.Д. Шабанов, С.Ю. Калишевич. – СПб.: Изд-во «Лань», 1998. – 272 с.
4. Koide, H. Pathological occurrence of glucose 6-phosphatase in serum in liver diseases / H. Koide, T. Oda // Clin. Chim. Acta. – 1959. – Vol. 4. – N 4. – P. 554-561.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА УЛЬТРАФИЛЬТРАЦИИ НА БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕМБРАНАХ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ АЛЬБУМИНА

Сошко В.В., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии, кафедра биоорганической химии

Научный руководитель – к.х.н., доцент Павловский Н.Д.

Альбумин – природный белок, являющийся составной частью белковой фракции крови человека. Молекулярная масса альбумина – около 65000 Дальтон. В нормальной плазме человеческой крови примерно 60% белков составляет альбумин. Синтез альбумина происходит в печени. Его структура описывается как одна длинная полипептидная цепочка, уложенная в 4 связанных глобулярных сегмента неравных размеров, конформация которых фиксирована 17 дисульфидными связями. На его поверхности имеется 2-5 локусов связывания, с наличием которых связывают способность альбумина транспортировать жирные кислоты, билирубин, стероидные гормоны, медикаментозные средства, ионы Ni, Hg, Ca, а также удалять из организма тяжелые металлы. Основная его функция – поддержание коллоидно-онкотического давления крови.

В производственном фракционировании альбумина применяют лишь некоторые из известных методов, обладающие достаточной производительностью и возможностью воспроизведения в условиях крупносерийного технологического цикла. Физико-химическую сущность процесса упрощенно можно представить следующим образом. В плазме или сыворотке создаются условия, при которых определенная белковая фракция в силу индивидуальных свойств переходит в состояние, отличающееся от исходного. Имеется в виду растворимость, влияя на которую, можно направленное воздействие на агрегатное состояние групп однородных белковых молекул. Перевод целевой фракции в нерастворимое состояние, или, наоборот, сохранение исходного белкового компонента в растворе, и лежит в основе большинства методов.

В настоящее время, как базисный метод в производстве препаратов крови используется фракционирование этиловым спиртом. Модификации способа предусматривают лишь варьирование параметров процесса. Преимуществом метода является его хорошая воспроизводимость при крупномасштабном производстве, сравнительная простота и надежность удаления этанола, удовлетворительный выход и чистота белков, лекарственные формы которых представляют коммерческий интерес.

Внедренная в УО «Ганцевичская СПК» методика ультрафракционирования на биологических мембранах довольно широко применяется в странах Западной Европы для получения препарата для инфузий альбумин. Её преимущества:

- экономическая выгода;
- экономия времени;

- концентрация альбумина гораздо выше, чем при рутинных методах фракционирования (до 22%);
- выход более чистого продукта (содержание альбумина должно быть не менее 97%, а α - и β -глобулинов – не более 3% от общего белка).

Получение фракции альбумина данным методом позволяет более эффективно и, соответственно, экономически выгоднее использовать вышеуказанное лечебное средство для коррекции травматической и операционной кровопотери различного патогенеза, ожоговой болезни при дегидратации и концентрировании крови, гипопроteinемии, гипоальбуминемии при нутритивной дистрофии, нефротических синдромах; нефрозонефритах, циррозе печени, длительных нагноительных процессах; поражениях желудочно-кишечного тракта с нарушением питания больного (язвенная болезнь, опухоли) и др.

Авторы выражают благодарность за предоставленную информацию и возможность участия в технологическом процессе главврачу ГУ «Ганцевичская СПК» Сошко В.В.

ПРЯМЫЕ ПРОДАЖИ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ МАРКЕТИНГОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ **Сошко В.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – ст.преп. Рындова О.Н.

Значение маркетинга в настоящее время возрастает, так как потенциальные покупатели нуждаются в информации о потребительских свойствах товаров. И поскольку на рынке обычно присутствуют несколько аналогичных товаров-конкурентов, любой производитель стремится повлиять на выбор потребителей в пользу своего товара и услуги и превратить потенциального покупателя в реального. Для этого существуют различные методы комплексного воздействия на потребительское поведение, в число которых входят и маркетинговые коммуникации. Маркетинговые коммуникации – это процесс и средства взаимодействия объектов маркетинговой системы (производителей, посредников, потребителей) по поводу согласования и принятия тактических и стратегических решений в маркетинговой деятельности. Составными частями такого рода коммуникаций являются реклама, прямые (личные) продажи, стимулирование сбыта, создание благоприятного имиджа компании, то есть «public relations».

Рассмотрим детальнее такой элемент как прямые (личные) продажи. Прямая продажа – вид продвижения товаров или услуг, который предполагает взаимодействие, общение, личный контакт продавца с покупателем, в процессе которых устно представляются потребительские характеристики товара, и принимается совместное решение о возможности (невозможности) купли-продажи товара. В отличие от рекламы это средство коммуникации осуществляется, как правило, в форме диалога, а не монолога. Такой способ реализации товара без посредников раньше в основном использовался для продвижения товаров производственно-технического назначения. Однако, развитие новых информационных средств, мультимедиа технологий, Интернета, позволило перенести этот метод сбыта и на рынок потребительских товаров и услуг.

Коммуникативные особенности прямых продаж следующие: непосредственный, личный контакт продавца и потребителя; возможность установления длительных партнерских взаимоотношений и наличие действенной обратной связи; высокая результативность; диалоговый характер; охват вполне определенных сегментов рынка; выявление через потенциальных потребителей новых клиентов; адаптивность к характеристикам покупателей. Позитивные моменты в этом методе – это индивидуальный подход, возможность приобретения товаров по низким ценам, экономия времени, получение подробной информации, получение товара в удобное время, возможность «попробовать» товар до покупки и большой круг общения. С точки

зрения дистрибьютора – это возможность заработка, в том числе и дополнительного, самостоятельное регулирование графика работы и приобретение товаров со скидкой. Недостатки прямых продаж кроются в высоких удельных затратах, приходящихся на одного потенциального потребителя; в невозможности охвата рынка, расположенного на большой территории; большие затраты, связанные с привлечением и обучением персонала; эпизодичность в продолжительности воздействия.

Таким образом, в заключении отметим, что прямые продажи, как составная часть маркетинговых коммуникаций, призваны обеспечить формирование благоприятных представлений о товаре и, тем самым, побудить потенциальных потребителей к его приобретению.

СОСТОЯНИЕ ГИСТОГЕМАТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Станько Д.Э., Староверов А.С., Кравчук К.О., Дайнович В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Эйсмонт К.А.

Гистогематический барьер, в частности, его капиллярный, эпителиальный и соединительнотканый компоненты, является структурной основой, где осуществляются нормальные и патологические реакции нейроэндокринной и иммунной систем. Функциональное состояние гистогематического барьера определяется соотношением концентраций того или иного вещества в органе и омывающей его крови. Барьерная функция меняется в зависимости от возраста, пола, нервных, гуморальных и гормональных взаимоотношений в организме, тонуса вегетативной нервной системы, многочисленных внешних и внутренних воздействий. На проницаемость гистогематических барьеров влияют также механические и термические воздействия. Отмечено избирательное изменение проницаемости клеточных мембран гистогематических барьеров при введении в организм психотропных препаратов, этанола и др. (Штерн Л.С., 1968; Шмидт Р., Тевс Г., 1985 и др.)

Длительное злоупотребление спиртными напитками приводит к развитию зависимости от алкоголя, сопровождается нарушением психического и физического здоровья, выражением которого, в частности, является нарушение сосудистой реактивности пациентов.

Цель исследования – изучение состояния гистогематического барьера у больных, страдающих алкогольной зависимостью.

Обследованы 46 пациентов отделения неотложной наркологии УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» в возрасте $40,0 \pm 0,25$ лет. Из них 42 больных мужского пола и 4 – женского. 38 больных проживали в городе и 8 – в сельской местности. Клинический диагноз алкогольной зависимости верифицирован врачами психиатрами-наркологами в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Методами исследования ГГБ были постановка общеизвестной пробы Нестерова, дополнительным – лабораторный и статистический.

Установлено, проба Нестерова при поступлении с первой степенью резистентности капилляров наблюдалась у 6 (13,0%) больных, со 2 степенью – у 32 (69,6%) и с 3 степенью – у 6 (13,0%) больных. При выписке у 26 (56,5%) определялась сосудистая проницаемость 1-й степени, со 2-й степенью выраженности – 14 (30,4%) больных и в 4,3% случаев – с 3 степенью выраженности, соответственно.

Выводы. Таким образом, показатели пробы Нестерова являются индикаторами тяжести протекания заболевания, а также резистентности организма больных с алкогольной зависимостью, и могут быть использованы при проведении комплексной оценки эффективности противоалкогольной терапии.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Станько Д.Э., Староверов А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра психиатрии и наркологии, кафедра нормальной физиологии
Научные руководители – к.м.н., доц. Станько Э.П.; к.м.н., доц. Эйсмонт К.А.

Алкогольная зависимость – хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками, характеризующаяся психической и физической зависимостью от алкоголя, приводящая к нарушению психического и физического здоровья и социальной дезадаптации [1]. Целью исследования является разработка критериев эффективности лечебно-реабилитационных программ для больных с алкогольной зависимостью на основе оценки их социально-клинических особенностей.

Материал и методы. Обследованы 23 пациента отделения неотложной наркологии УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» в возрасте $40,0 \pm 0,25$ лет. Из них 21 больной мужского пола и 2 – женского. 19 больных проживали в городе и 4 – в сельской местности. Клинический диагноз алкогольной зависимости верифицирован врачами психиатрами-наркологами в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Методами исследования были клинический (интервьюирование), клинико-анамнестический, дополнительным – лабораторный и статистический.

Результаты. Установлено, что 17,4% больных не имели определенной занятости либо выполняли работу, не соответствующую образованию. Физический труд был доминирующим для 73,9% больных. Не имели семьи 39,1% больных, 21,7% больных проживали в гражданском браке либо были разведены и лишь 9 (39,1%) больных состояли в первичном браке. Вместе с тем, 60,8% больных имели детей и только 30,4% – проживали с семьей. 34,7% больных оценили материальные условия проживания как удовлетворительные. Большинство больных (78,2%) имели среднее специальное образование и среднее образование, 8,7% – неполное среднее образование. Наследственность отягощена у 34,8% больных соматической патологией и в 8,7% случаев – психическими расстройствами. Заболевание начиналось в 8,8% случаев до 20 лет, в 43,5% случаев приходилось на возраст 20-25 лет, в 34,8% случаев – 25-40 лет. Длительность заболевания в 43,5% случаев составила более 10 лет, в 30,4% случаев – от 5 до 10 лет, в 8,7% случаев – от 3 до 5 лет и в 13,0% случаев – от 1 до 3 лет. Более 10 абстиненций перенесли 43,5% обследованных больных, от 5 до 10 абстиненций либо до 5 абстиненций – 43,4% больных. Продолжительность синдрома отмены в 65,2% случаев составляла 3 дня, в 21,7% случаев – до 7 дней и в 8,7% случаев – до 10 дней. В структуре синдрома отмены у 20 (86,9%) больных наблюдались тремор, потливость, слабость, тошнота, головокружение, недомогание, бессонница. У 6 (26,0%) больных доминировали страх, тревога, депрессия, психомоторное возбуждение. Судорожные припадки имели место у 30,4% больных, иллюзии и галлюцинации наблюдались у 47,8% больных.

Выводы. Алкогольной зависимостью страдают преимущественно молодые люди трудоспособного возраста. Превалирующие в структуре алкогольного синдрома отмены симптомы являются мишенями для назначения купирующей психофармакологической терапии. Показатели занятости, получение специальности, уменьшение конфликтов, нормализация межличностных семейных отношений, улучшение качества жизни, социальной адаптации при позитивной поддержке окружающих являются признаками позитивных изменений и критериями эффективной помощи пациентам с алкогольной зависимостью.

Литература:

1. Альтшуллер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. - М., 1994. - 216 с.

ВЛИЯНИЕ ХРОНОТИПА, ТРЕВОЖНОСТИ И КАЧЕСТВА СНА НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДЕВУШЕК

Старанович А.П., Лозовская Э.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Балбатун О.А.

У женщин, ночной сон которых составляет менее 7 часов, имеется повышенный риск развития гипертонии [Carrusio F.P., 2007]. Недостаток ночного сна и искусственная депривация сна сопровождаются повышением артериального давления [Calhoun D.A., 2010]. Вероятно, характер организации цикла бодрствование-сон (хронотип) и качество сна взаимосвязаны с механизмами поддержания артериального давления в норме и при патологии. Целью исследования. Изучение влияния хронотипа, немотивированной тревожности и качества сна на артериальное давление у девушек.

В исследовании приняли участие 55 практически здоровых студенток 2 курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 24 лет. Определяли ЧСС. Систолическое (Ps) и диастолическое (Pd) давление измеряли аускультативно, методом Н.С. Короткова. Тип хронотипа оценивали в баллах с помощью опросника Хорна-Остберга.

По результатам тестирования испытуемых относили к утреннему хронотипу («жаворонки») – 4 девушки; вечернему хронотипу («совы») – 20 девушек; асинхронному хронотипу («голуби») – 31 девушка. Характер сна изучали при помощи шкалы дневной сонливости Epworth и теста оценки качества сна. Проводили оценку степени немотивированной тревожности. Для статистической обработки результатов использовали пакет STATISTICA. Поскольку большинство параметров не имели нормального распределения – использовали непараметрические методы статистики. Выполняли корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Выводы. При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная взаимосвязь между баллом опросника Хорна-Остберга и Ps (коэффициент корреляции Спирмена $R=-0,4285$, $p=0,0011$), баллом опросника Хорна-Остберга и Pd ($R=-0,4535$, $p=0,0005$). Обнаружены взаимосвязи между уровнем немотивированной тревожности и Ps, Pd ($R=-0,6081$, $p=0,0001$) и ($R=-0,5436$, $p=0,0001$), соответственно. При повышении немотивированной тревожности достоверно ухудшалось качество ночного сна ($R=-0,3809$, $p=0,0041$) и уменьшалось ЧСС ($R=-0,4383$, $p=0,0008$). Наблюдалась положительная корреляционная взаимосвязь между баллом опросника Хорна-Остберга и уровнем немотивированной тревожности ($R=0,4402$, $p=0,0007$). У девушек «сов» чаще присутствовали жалобы на нарушение качества сна ($R=0,2791$, $p=0,0390$). При повышении возраста девушек имела тенденция к повышению Pd ($R=0,3831$, $p=0,0039$), но Ps при этом достоверно не изменялось. Также не обнаружено достоверных взаимосвязей между уровнем дневной сонливости по шкале Epworth и величинами Ps и Pd.

Результаты исследования позволяют предположить, что характер организации цикла бодрствование-сон, уровень немотивированной тревожности и качество сна оказывают влияние на параметры артериального давления у девушек. Для представительниц вечернего хронотипа («совы») характерны более низкие значения Ps и Pd, более высокий уровень немотивированной тревожности и ухудшение качества ночного сна. Повышение Pd с увеличением возраста девушек, вероятно, свидетельствуют о постепенном уменьшении эстрогенной стимуляции и повышении тонуса сосудов.

СВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА И СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Стацкевич И.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Барцевич И.Г.

Большое влияние на уровень и качество жизни индивидуума оказывает наличие у него заболеваний кожи. Медико-социальные и клинические данные дают возможность осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии. Наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, они позволяют составить полную и объективную картину болезни [1,2]. Существенное влияние на качество жизни больных оказывают клинические проявления псориаза (тяжесть и распространённость псориатического процесса, локализация высыпаний, давность заболевания и т. д.)

Целью данного исследования явилось изучение связи тяжести течения псориаза и социальной активности пациентов в зависимости от длительности течения болезни.

Материал и методы. В исследование включены 102 пациента с диагнозом прогрессирующей стадии псориаза, находившихся на стационарном лечении в кожно-венерологическом диспансере. Методы исследования включали оценку кожного процесса путем клинического осмотра и использования индекса охвата и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Статистический анализ полученных результатов выполнен с использованием таблиц Excel. Взаимосвязь показателей изучали при помощи корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r), точного значения s . Различия считали достоверными при значении $s < 0,05$.

Результаты. Под нашим наблюдением находилось 102 больных, лечившихся в стационаре с различными формами псориаза, в том числе мужчин – 60 человек (58,8%), женщин – 42 (41,2%) в возрасте от 16 до 66 лет. Одной из составляющих понятия «качество жизни» является социальная активность. Нами было выделено три степени социальной активности обследованных больных. Первая степень – низкая социальная активность – это пенсионеры, безработные, инвалиды (22,5 %). Вторая степень – средняя социальная активность (50,0 %). В эту группу были отнесены лица, чьи профессии не связаны с общественной деятельностью (например, электрик, механик и др.). Третью группу (высокая социальная активность) составили больные псориазом (27,5 %), которые в силу своей профессии вынуждены активно общаться с людьми.

Нами были рассчитаны значения индекса PASI до и после лечения в зависимости от вида псориаза и социальной активности пациентов. Установлено, что при более тяжелой экссудативной форме псориаза средний индекс PASI (до лечения $18,2 \pm 2,2$, после лечения $3,2 \pm 0,3$) выше в группе с высокой социальной активностью по сравнению с группами со средней и низкой активностью ($r = 0,7553$). При анализе взаимосвязи тяжести псориаза (индекс PASI) и длительности течения болезни при разных видах псориаза выявлена корреляция ($r = 0,6149$) между длительностью заболевания и индексом PASI.

Заключение. Выявленная достоверная корреляционная взаимосвязь тяжести псориаза и длительности течения болезни при разных видах псориаза, а также связь между тяжестью течения псориаза и социальной активностью больных псориазом свидетельствует о более тяжелом течении псориаза у лиц с высокой степенью социальной активности.

Литература:

1. Адаскевич, В.П. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях / В.П.Адаскевич, В.П.Дуброва, А.В.Пуртов // Российский журн. кожных и венерических болезней. – 2003. – №4. – С. 42-44.
2. Дурдыева, М.М. Социальные аспекты состояния здоровья больных псориазом / М.М.Дурдыева, В.С.Полунин // Российский медицинский журнал. – 2008. – №2. – С. 5-7.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СКРИНИНГ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НА БАЗЕ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Стельмашук А.С., Ковальчук К.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к. м. н., доц. Иодковский К. М.

Основной прямой неинвазивный метод пренатальной диагностики – ультразвуковое исследование плода. Применённый в регламентированные сроки в соответствии с существующими протоколами, подготовленными специалистами на современной аппаратуре, он позволяет выявить 80-98% плодов с анатомическими пороками [1]. По данным ВОЗ, частота пороков развития в популяции составляет 2,5% [2].

Цель, задачи и методы исследования: на базе Гродненского областного перинатального центра выявить частоту возникновения врождённых пороков развития плодов.

Нами произведён анализ УЗИ беременных женщин в разные сроки беременности за 2008 – 2009 года. Из 10 тысяч всех обследованных женщин у 309 (3,09%) беременных выявлены врождённые пороки развития (ВПР) плода. Среди них: врождённых аномалий мочевыделительной системы – 85 (27,27%), нервной системы – 44 (14,28%), костно-мышечной системы – 32 (10,39%), системы кровообращения – 31 (10,06%), хромосомных нарушений – 17 (5,52%), половых органов – 13 (4,22%), расщелин губы и нёба – 9 (2,92%), аномалий глаза, уха, лица и шеи – 8 (2,6%), органов пищеварения – 7 (2,27%), органов дыхания – 4 (1,3%), других врождённых аномалий – 1 (0,32%), множественных врождённых пороков развития (МВПР) – 60 (19,48%).

Нами детально были изучены четыре наиболее часто встречающихся порока развития систем: мочевыделительной, нервной, костно-мышечной, системы органов кровообращения.

Из врождённых аномалий мочевыделительной системы (МВС) наиболее часто встречаются врождённые нарушения почечной лоханки и врождённые аномалии мочеточника (Q62): единственный порок – 38 (38%), сочетание нескольких пороков – 40. Из врождённых аномалий нервной системы – врождённая гидроцефалия (Q03): единственный порок – 16 (23,9 %), сочетание нескольких пороков – 15. Из врождённых аномалий костно-мышечной системы (КМС) – врождённая деформация стопы (Q66): единственный порок – 5 (8,3%), сочетание нескольких пороков – 5; врождённые костно-мышечные деформации головы, лица, позвоночника и грудной клетки (Q67): единственный порок – 6 (10%), сочетание нескольких пороков – 5. Из врождённых пороков системы кровообращения – врождённые аномалии сердечных камер и соединений (Q20): единственный порок – 9 (14,5%), сочетание нескольких пороков – 27; врождённые аномалии сердечной перегородки (Q21): единственный порок – 9 (14,5%), сочетание нескольких пороков – 25.

Выявление данных пороков производилось в сроки беременности: I триместр – 31 (10,04%); II триместр – 210 (67,96%); III триместр – 68 (22%).

Выводы:

1. Среди всех выявляемых ВПР наиболее часто встречаются аномалии мочевыделительной системы (27,27%).
2. Чаще выявление пороков развития плода производилось во II триместре беременности (67,96%).

Литература:

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний : методическое пособие для врачей / Воронин С.В. [и др.] ; ГУЗ Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (материнства и детства), Владивостокский ГМУ. – Владивосток, 2008. – 51 с.
2. Официальный сайт Всемирной Организация Здравоохранения [Электронный ресурс] / ВОЗ, 2011. – Режим доступа: <http://www.who.int/ru/index.html>. – Дата доступа : 21.03.2010.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ВЕС И РОСТ НОВОРОЖДЁННЫХ

Степанян И.А., Маташенко О.О.

Российский государственный университет им. И. Канта, Россия

Кафедра фундаментальной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. Изранов В.А.

Известно, что основные фетометрические параметры, влияющие на вес и рост плода и новорождённого, имеют минимальный разброс значений в I триместре беременности (1). В этот период на фетометрические параметры плода практически не влияют региональные, средовые факторы, изменчивость, связанная с конституциональными параметрами родителей и их этнической принадлежностью. Однако во II и особенно в III триместрах беременности перечисленные выше факторы оказывают влияние на значение фетометрических параметров, определяющих рост и вес плода, а затем и новорожденного (2). Таким образом, вес и рост новорождённого уже имеют довольно достаточный разброс значений, который имеет определённые границы нормы в различных странах и даже регионах, имеющих этнические особенности.

Цель нашего исследования – проанализировать влияние роста, этнической принадлежности и длительности проживания родителей в Калининградской области на рост и вес новорождённых.

Материалы и методы исследования. Методом ретроспективного опроса были собраны данные об этнической принадлежности, длительности проживания в Калининградской области и антропометрических параметрах родителей новорождённых и самих новорождённых. Нами было опрошено 25 человек. Для выявления закономерности изменения роста и веса новорождённых от роста родителей, мы разделили полученные данные на следующие группы по росту матери (150-160 см, 160-170 см, 170-180 см) и по росту отца (160-170 см, 170-180 см, 180-190 см). Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью Microsoft Office Excel (инструмент анализа «Описательная статистика»). Оценка различий между выделенными группами осуществлялась по доверительному интервалу при уровне значимости 0,05.

Результаты. Проанализировав влияние роста родителей на рост и вес новорождённых было обнаружено, что генетически заложенные особенности конституции влияют на физическое развитие ребёнка. Так, в группе с ростом матери 150-160 см среднее значение роста новорождённых составило 49,7 см, среднее значение веса – 3192 г, а в группе с ростом матери 170-180 см среднее значение роста новорождённых составило 54 см, а среднее значение веса 3534 г. Аналогичное увеличение роста и веса новорождённых наблюдается в группах с ростом отца 160-170 см и 180-190 см. Однако отличия в группах являются статистически недостоверными, что может быть обусловлено недостаточным количеством опрошенных. Нельзя исключить, что при расширении данных возможно выявление достоверных отличий между группами.

Несмотря на многонациональность Калининградской области, влияние этнической принадлежности на физические параметры новорождённых не было выявлено в связи с тем, что большинство опрошенных являются представителями русской национальности.

Вывод. В результате настоящего исследования нами было установлена прямая зависимость роста и веса новорождённых от роста родителей.

Литература:

1. Hadlock F.P., Harrist R. In Utero Analysis of Fetal Growth: A Sonographic Weight Standard \ Radiology. – 1991. – Vol.181, №1 – P. 129 -133
2. Хитров М.В., Охапкин М.Б. Значение региональных нормативов фетометрии в диагностике задержки внутриутробного развития плода \ Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии – 1999. – №4 – P. 295-297

ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕГКИХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ В АФГАНИСТАНЕ

Стецко С.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – майор медицинской службы Новоселецкий В.А.

Опыт работы военных хирургов по оказанию помощи раненым в Республике Афганистан требует всестороннего анализа. В значительной степени это касается пострадавших, которые подлежат после окончания лечения возвращению в часть. Большинство среди них составляют легкораненые.

Представлены результаты лечения 187 легкораненых, находившихся на стационарном лечении в отдельном медицинском батальоне. Все они были возвращены в строй в первые 55 суток с момента ранения после освидетельствования военно-врачебной комиссией. Осколочные ранения диагностированы у 85,6%, пулевые – у 9,6%, минно-взрывные – у 4,8%.

Повреждения костей в виде трещин, вдавлений, переломов мелких костей кисти и стопы наблюдались у 7,4% пострадавших. Множественные ранения отмечены у 56,7%, одиночные – у 43,3%. При двух и более ранениях ведущим ретроспективно определялось то, которое требовало хирургического вмешательства или наиболее длительных сроков лечения.

72% раненых были выписаны в часть в срок до 15 сут, остальные – свыше 15 сут. Наиболее длительное лечение требовалось при ранениях осколками артиллерийских мин, взрывных, пулевых, а также ранениях неидентифицированными видами оружия. Благоприятнее протекали ранения, нанесенные осколками реактивных снарядов, вторичными ранящими снарядами, осколками прочих боеприпасов.

При сопоставлении размеров ран со сроками лечения, количеством оперированных раненых и развитием инфекционных осложнений обнаружены определенные закономерности. В первой группе у неоперированных в 80% случаев размеры ран не превышали 10 мм, во второй группе раны таких размеров имелись только у 20% пострадавших. Среди оперированных раненых первой группы лишь у 15% раны были меньше 10 мм, а у 30% они превышали 20 мм, во второй группе соответственно все раны были больше 10 мм, а половина из них превышала 20 мм. Из числа нагноившихся ран 80% имели размеры более 10 мм. Таким образом, налицо прямая зависимость сроков лечения, количества оперативных вмешательств и частоты осложнений от размеров ран.

Консервативное лечение (74,4% легкораненых) включало обкалывание ран 0,25% раствором новокаина с антибиотиками широкого спектра действия, удаление поверхностно расположенных осколков и применение ежедневно сменяемых влажно-высыхающих повязок в первой фазе и мазевых – во второй фазе течения раневого процесса. Широко использовалась гипсовая иммобилизация, в ранние сроки назначалась физиотерапия.

Хирургическому лечению подверглось 48 раненых (25,6%). Всего у них выполнена 51 хирургическая обработка ран. Первичная в сроки до 6 ч проводилась у 68,8%, до 12 ч – у 12,5%, к концу первых суток – у 4,1% пострадавших. Отсроченная хирургическая обработка выполнена у 10,4% и вторичная – у 4,2%. Раненые с взрывными и пулевыми ранениями были оперированы в 65,7% и 61,1% случаев соответственно, с осколочными – в 21,3%. В первой группе хирургическому вмешательству подверглось 20% раненых; во второй – 40%. В последней число прооперированных по поводу пулевых и взрывных ранений было в 2 раза больше, чем неоперированных. Количество осложнений у тех, кому накладывались швы, составило 3,2%, у остальных оперированных – 1,1%. Во всех случаях, когда после хирургических вмешательств развились осложнения (4,3%), размер ран превышал 20 мм, у 1,6% пострадавших имелись огнестрельные переломы и отрывы фаланг пальцев. Среди неоперированных нагноение ран отмечено у 3,2%.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ В АФГАНИСТАНЕ

Субботка А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – майор медицинской службы Новоселецкий В.А.

В республике Афганистан медицинская служба 40-й армии впервые столкнулась с совершенно особой медицинской обстановкой, характеризовавшейся массовой заболеваемостью личного состава полиинфекцией. Массовая инфекционная заболеваемость обусловила 79-88% трудопотерь от всех заболеваний и ранений.

В структуре инфекционных заболеваний преобладали вирусные и бактериальные кишечные инфекции. Характерной особенностью являлось тяжелое течение инфекционных заболеваний.

В целях улучшения исходов инфекционных заболеваний была разработана, и внедрена в практику новая эффективная система медицинской помощи инфекционным больным, включавшая комплекс лечебно-диагностических мероприятий на четырех этапах. На первом этапе медицинской службой войсковых частей осуществлялось активное раннее выявление инфекционных больных, своевременная их изоляция, оказание им неотложной помощи и своевременная госпитализация. На втором этапе оказывалась специализированная медицинская помощь в военных инфекционных госпиталях и в инфекционных отделениях многопрофильных госпиталей. Третий этап предусматривал восстановление боеспособности в центре и ротах реабилитации, четвертый – динамическое наблюдение за переболевшими в войсковых частях.

В целях улучшения организации оказания помощи инфекционным больным внедрялись новые формы и методы активного выявления заболевших. Эффективным оказалось создание в отдельных войсковых частях гарнизонных изоляторов на 60-100 коек и расширение объема медицинской помощи инфекционным больным до квалифицированной в случаях вынужденной задержки их эвакуации в инфекционные госпитали.

При массовом поступлении в госпитали больных из эпидемических очагов полиинфекции особую роль приобретала медицинская сортировка, которая проводилась с учетом степени эпидемической опасности больных, тяжести состояния и течения болезни, нуждаемости в неотложной и интенсивной терапии.

В комплексном лечении основное внимание уделялось дезинтоксикационной терапии, впервые широко использовались методы экстракорпоральной детоксикации. В связи со значительной ролью в патогенезе инфекционных заболеваний гипоксии, обусловленной воздействием на организм больного бактериальных и вирусных токсинов и усугубляемых в условиях высокогорья пониженным парциальным давлением кислорода, были разработаны и внедрены методы гипербарической оксигенации, оказавшиеся эффективными при лечении больных брюшным тифом, вирусным гепатитом, дифтерией. Существенное значение для восстановления трудо- и боеспособности переболевших инфекционными заболеваниями имело создание системы реабилитационных мероприятий.

Общая летальность при эпидемических инфекционных заболеваниях с 1983 по 1989 г. снизилась в 16 раз (с 0,49% до 0,03%), существенно уменьшилась летальность при всех актуальных инфекциях, например, при вирусном гепатите – в 8 раз (с 0,33% до 0,04%), амебиазе – в 5 раз (с 1,2% до 0,22%). На фоне прогрессивного улучшения исходов заболевания в 1988 г. удалось предотвратить летальные исходы при брюшном тифе (1982 г. – 3,3%), малярии (1983 г. – 0,27%), дифтерии (1985 г. – 2,5%). В Афганистане возвращено в строй 99,6% переболевших инфекционными заболеваниями.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Сурба А.Г., Азаров Е.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – ассист. Хмеленко А.В.

Количество травм брюшной полости у детей не снижается, поэтому эта проблема остаётся актуальной и сегодня, что подтверждают данные ВОЗ.

Целью нашего исследования является изучение особенностей клиники, диагностики и лечения детей с диагнозом повреждение органов брюшной полости, находившихся на лечении в ГОДКБ.

Материалом данного исследования послужили пациенты, находившиеся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии ГОДКБ.

Изучены истории болезни пациентов, госпитализированных за период с 2004 по 2010гг с данной патологией, общим количеством 23 человека. Общее количество детей в возрасте до 6 лет составляет 3 человека (13%), старше 6 лет – 20 (87%), из всех поступивших мальчиков было 17 человек (73,9%), девочек – 5 (21,7%); 5 человек были из сельского населённого пункта (21,7%), остальные – городские жители (78,3%), 7 человек доставлены бригадой скорой медицинской помощи (30,4%), остальные направлены ЦРБ, поликлиникой или травмопунктом. По механизму травмы первое место занимает падение, так получило травму 17 человек или 73,9%, на втором месте ДТП – 3 человека т.е. 13%, на третьем – избиение – 2 человека, что составляет 8,7%, 1 пациент получил травму в быту 4,3%. При поступлении со стороны живота не было жалоб у 4 человек, что составляет 17,4%, у 6 – боли в области эпигастрия или в подвздошной области, что составляет 26,1%, 10 человек предъявляло жалобы на боли в левом подреберье, что составляет 43,5%, 3 человека – боли по всему животу 13%. Диагностика основывается на следующих методах: пальпация живота, общий анализ крови, УЗИ и рентген. У 3х детей отмечалось снижение уровня эритроцитов или гемоглобина, ещё у 4х детей снижение эритроцитов и гемоглобина произошли в первые сутки нахождения в стационаре. 21 ребёнку произведено УЗИ, 4 больным сделали R-графию. Наиболее распространённым диагнозом при направлении в больницу был диагноз «Тупая травма живота» – 13 больных (56,5%). Из всех повреждённых органов на первом месте стоит селезёнка, именно 13 (56,5%) пациентам был поставлен диагноз «разрыв селезёнки» либо «гематома нижнего полюса селезёнки», 2 больным был выставлен диагноз: «Ушиб поджелудочной железы», 3 больным – «ушиб печени», 1 больной поступил с диагнозом «разрыв 12 перстной кишки», 1 – с разрывом прямой кишки, 1 – с «повреждением слизистой прямой кишки», 1 – с ушибом почки, 1 пациент с острым панкреатитом. Из всех поступивших больных, 11 пациентов прооперировано, что составляет 47,8%, 1 пациенту (4,3%) сделали релапаротомию. Средние сроки пребывания больных в стационаре составляют 16,9 дня.

Выводы:

1. Наиболее часто встречается травма селезёнки (56,5%).
2. Основные методы диагностики, применяемые в УЗ «ГОДКБ» – пальпация, общий анализ крови, УЗИ внутренних органов, R-графия.
3. При данной патологии поступает больше мальчиков (73,9%).

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. ИЧП «Хардфорд» Санкт-Петербург, 1996.- С.278-296.
2. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста в 2-ух томах.- Москва, 2004 г.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЭВЛК С ДРУГИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ

Сурба А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №1

Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.

Варикозная болезнь нижних конечностей – самая распространенная патология периферических сосудов[1,5,6]. Этим заболеванием страдает 25 – 40% женщин и 10 – 15% мужчин трудоспособного возраста[2,4]. Основными маркерами, определяющими механизмы срочной и долговременной адаптации лиц с признаками флебопатии, являются пол, возраст, исходный вегетативный тонус и уровень двигательной активности[2,3].

Цель исследования. На основании сравнительного анализа результатов хирургического лечения больных варикозной болезнью нижних конечностей (ВРВ) методами традиционной флебэктомии по Троянову-Тренделенбургу, Бэбкоку, Нарату и эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) выявить преимущества и недостатки каждого из методов и определить наиболее адекватный метод лечения больных ВРВ.

Материалы и методы. Исследование было проведено среди пациентов, находившихся на лечении в 2008-2009 гг. в ГОКБ в отделении сосудистой хирургии по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей. Всего за 2 года по поводу данного заболевания лечился 561 пациент из них 39 пациентам при лечении использовали метод ЭВЛК. Пациенты с одинаковой формой ВРВ были разделены на 2 группы : I группа – лечение ЭВЛК (в IA группу вошли женщины от 18 до 55 лет (всего 21) ; в IB группу вошли мужчины от 18 до 55 (всего 13)), II группа – лечение по Троянову-Тренделенбургу, Бэбкоку, Нарату (IIA – женщины от 18 до 55 (всего 24); IIB – мужчины от 18 до 55 (всего 15)).

Результаты. При использовании радикальной комбинированной венэктомии в сочетании с ЭВЛК в лечении больных с III – V классами ХВН по классификации СЕАР, значительно снизилось пребывание больных в стационаре (в I группе 7,8 дней, а во II группе 11,6 дней), ускорилась реабилитация больных и уменьшилось количество рецидивов в 2 раза. Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что применяемый метод лечения, помимо высоких показателей клинической эффективности, дает столь существенное улучшение качества жизни, что может быть рекомендован как метод выбора в лечении больных с разными формами ВРВН.

Выводы. Таким образом, хирургическое лечение с использованием малоинвазивных методик, а именно, метода ЭВЛК, значительно уменьшает все основные проявления заболевания, устраняя даже наиболее тяжелые из них.

Литература:

1. Аверьянов М.Ю., Измайлов Г., Измайлов Г.А. и др. // Хронические заболевания вен нижних конечностей. Нижний Новгород, 2002, 126 с.
2. Шаталов А.В. // Вестник ВолГМУ 2006-17.
3. Калинин С.Ю. Способ лечения варикозной болезни вен нижних конечностей // С.Ю.Калинин, И.Н. Калинина // Патент на изобретение №2321359 от 10.04.2008.
4. Алекперова Т.В., Донская Е.Д. Амбулаторная хирургия варикозной болезни. – Материалы III конф. ассоциации флебологов России, Ростов-на-Дону, 17-19 мая, 2001, С.8-9.
5. Сабельников В.В.; Шулепова Е.К. //Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему // Мир Медицины N3-4 2001.
6. Никульников П.Н., Влайков Г.Г., Гуч А.А. //ХВН при варикозной болезни нижних конечностей. Патогенез. Лечение // Журнал института хирургии и трансплантологии АМН Украины, 2004 год.

ВЕДЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Сыроватко М.М., Новикова Е.О., Качан П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – асс. Конюх Е.А.

Часто болеющие дети (ЧБД) – это группа диспансерного наблюдения, пациенты которой подвержены частым респираторным инфекциям. В связи с частой заболеваемостью изменяется режим двигательной активности, нарушается социальная адаптация, могут появиться проблемы в учебе, меняется психологический климат в семье [1].

Цель исследования – изучить тактику ведения ЧБД в амбулаторных условиях.

Проанализирована поликлиническая медицинская документация 45 пациентов из группы ЧБД. Возраст детей составлял от 2 до 16 лет. Большинство пациентов были от I беременности и/или I родов (44% и 51% соответственно). В 95% случаев выявлена патология антенатального периода (токсикоз 1-й половины беременности, гестоз, угроза прерывания беременности, перенесенная в этот период ОРИ, хроническая внутриутробная гипоксия), в 56% – интранатальные осложнения, из них 22,2% – гипоксического характера. 46% детей родились путем кесарева сечения. При анализе возрастной структуры ЧБД выявлено, что в эту группу впервые были отнесены 31,2% детей в возрасте до 3 лет, 48,8% – дошкольного и младшего школьного возраста и 20% – среднего и старшего школьного возраста.

Стартовой группой при лечении респираторной патологии у ЧБД в 59,4% случаев с первых суток заболевания являлись антибактериальные препараты. Чаще других (62,2%) применяли антибиотики пенициллинового ряда (амоксикар, аугментин, флемоксил солютаб), в 24% случаев – парентерально цефалоспорины второго и третьего поколения (цефотаксим, цефтриаксон). Реже использовали в лечении макролиды (эритромицин, макропен, ровамицин) – 11,8% и у 2% больных – антибиотики других групп. 15,2% пациентов получали противовирусные препараты, из них 7,3% – в сочетании с антибактериальной терапией. В 93 (19,4%) случаях при первых клинических проявлениях ОРИ применялось только симптоматическое лечение (жаропонижающая терапия, отхаркивающие препараты, местное лечение ринофарингита). У 13,8% больных в комплексном лечении ОРИ использовали антигистаминные препараты, при этом данных о наличии atopических реакций в амбулаторных картах пациентов нами выявлено не было. Иммунокорригирующая терапия ЧБД проводилась лишь в 17 (3,5%) случаях, при этом встречается ее назначение в острый период в сочетании с антибактериальными и противовирусными препаратами. 8,1% детей получали фитотерапию в комплексном лечении ОРИ. Практически во всех случаях отмечено назначение фитосборов, редко – монотерапия (ромашка, зверобой, чабрец). Физиолечение проводилось в 25 (5,2%) случаях ОРИ: ингаляции с минеральной водой, УФО зева, парафин на область грудной клетки. Нами не найдено данных о назначении закаливающих процедур, советов по рациональному питанию, витаминотерапии в плане реабилитации и диспансеризации у ЧБД.

Таким образом, в 60% случаев в лечении ОРИ у ЧБД использовались антибактериальные препараты с первых суток заболевания, у четверти пациентов – их инъекционные формы. Лишь около 20% детей при манифестации респираторной инфекции получали только симптоматическую терапию. Иммунокорригирующая терапия проводилась в 3,5% случаев. Данных о назначении закаливающих процедур, советов по рациональному питанию, витаминотерапии в плане реабилитации и диспансеризации у ЧБД нами найдено не было. Около половины пациентов группы ЧБД составляют дети от I беременности и I родов. Патология антенатального и интранатального периодов встречается в 95% и 56% соответственно.

Литература:

1. Парамонова, Н.С. Часто болеющие дети (профилактика и лечение): практ. пособие / Н.С. Парамонова [и др.]. – Гродно, 2007. – 36 с.

ВИРУСНЫЕ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Талатай Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Научный руководитель – к.м.н., доц. Пронько Н.В.

В настоящее время на фоне значительных успехов, достигнутых в борьбе с бактериальными кишечными инфекциями, проблема вирусных инфекций становится весьма актуальной. Внимание ученых было привлечено к изучению роли вирусов в кишечной патологии. Злободневность этой проблемы определяется высоким уровнем заболеваемости, в основном у детей. (P. Gianino et al, 2007).

Цель работы. Изучить особенности эпидемиологии и клинических проявлений вирусных диарей в детском возрасте в современный период.

Материал и методы. Проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование 338 детей в возрасте от 1 месяца до 14 лет с подтвержденной вирусной кишечной инфекцией, находившихся на лечении в детском кишечном отделении в 2009 году. Диагноз устанавливали на основании изучения анамнеза, клиничко-эпидемиологических данных и обнаружения антигенов вирусов в фекалиях методом ИФА.

Результаты. Среди детей, перенесших вирусную кишечную инфекцию, наиболее многочисленную группу составили пациенты с ротавирусной инфекцией (РВИ) – 199 (58,87%). В этой группе больные в возрасте до 1 года составили 77 чел. (38,69%), от 1 года до 3 лет – 122 больных (61,31%). Мальчиков было 106 (53,26%), девочек – 93 (46,74%), организованных детей – 51 (25,63%), неорганизованных – 148 (74,37%). Легкая форма РВИ отмечена у 4 больных (2,01%), среднетяжелая – у 192 больных (96,48%), тяжелая – у 3 больных (1,51%). Неблагоприятный преморбидный фон выявлен у 34 больных (17,08%). Для данной инфекции характерна зимне-весенняя сезонность. РВИ начиналась остро с появления рвоты, изменения характера и кратности стула, повышения температуры. Жидкий водянистый стул до 5 раз в сутки был у 78 детей (39,19%), от 5 до 10 раз у 121 детей (60,81%). Респираторный синдром регистрировался у 47,74% детей.

Вторую по численности группу составили больные с аденовирусной инфекцией (АВИ) – 117 (34,62%) больных детей. АВИ чаще встречается у детей от 1 до 3 лет, что объясняется как тропностью вирусов, так и имеющимися анатомо-физиологическими особенностями дыхательных путей в раннем возрасте. Детей, посещающих детские сады, оказалось 52,14%, большинство больных детей были из семей, воспитывающих 2-3 ребенка. Только 30 больных (25,64%) поступили в стационар в первые сутки от начала болезни, на 2 сутки – 19,66%, на 3 – 11,96%, остальные 42,74 % больных были госпитализированы на 4-й день и позже. Легкую форму болезни перенесли 9,40% детей, среднетяжелую – 90,60%. Дети до 1 года составили 48,71%. Частота стула составляла 3–15 раз в день, наблюдалась тошнота и лихорадка. Продолжительность периода диареи колебалась от 1 до 7 дней.

Следующую по численности группу составили больные с энтеровирусной инфекцией (ЭВИ) – 22 (6,51%). Легкая форма болезни диагностирована у 1 (4,55%) ребенка, среднетяжелая – у 21 (95,45%). Как показали наши исследования, отмечалась гастроэнтеритическая форма ЭВИ, которая характеризуется кратковременной лихорадкой, болями в животе, жидким стулом (2–7 раз), метеоризмом, а также катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей.

Закключение. Таким образом, вирусные диареи являются распространенной кишечной инфекцией и одной из ведущих причин инфекционных гастроэнтеритов у детей первых трех лет жизни. РВИ наиболее тяжело протекает у детей с неблагоприятным преморбидным фоном, находящихся на искусственном вскармливании. АВИ поражает преимущественно детей раннего возраста (от 1 года до 3 лет), посещающих детские дошкольные учреждения. Отсутствие специфической профилактики, легкость инфицирования создали предпосылки для роста заболеваемости.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТРУДОВЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Талиш В.Н., Садохина Л.В., Скоробогатова О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научные руководители – к.м.н. Снитко В.Н.; к.м.н., доц. Дедуль В.И.

Артериальная гипертензия (АГ) занимает первое место по вкладу в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), рассматривается в числе основных факторов риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. По данным экспериментальных, клинических и эпидемиологических исследований выявлен целый ряд факторов риска, которые непосредственно связаны с повышенной вероятностью развития артериальной гипертензии. В настоящее время не подвергается сомнению и считается фактором полностью доказанным наследование АГ у человека. Установлено, что риск развития АГ увеличивается, если у родителей или близких родственников было высокое АД или кто-либо из них перенес мозговую инсульт или инфаркт миокарда.

Несмотря на то, что информация по АГ стала общедоступной, вопросы ранней диагностики оставляют желать лучшего.

Цель работы. Изучить распространенность АГ и немодифицированных факторов риска среди работников цеха мороженого ОАО «Молочный мир» г. Гродно.

Материалы и методы. Для изучения частоты встречаемости артериальной гипертензии и немодифицированных факторов риска было проведено одномоментное исследование 66 работников пищевого предприятия в возрасте 19–62 лет, средний возраст исследуемых составил 36 лет. Обследование проводилось методом сплошного безвыборочного осмотра.

Результаты и обсуждение. Обследование всего изучаемого контингента начиналось с заполнения анкеты, которая включала данные возраста, образования, семейного положения, анамнеза заболевания. Для определения наследственной предрасположенности к ССЗ изучали случаи сердечно-сосудистых катастроф у матери обследуемого в возрасте до 65 лет и/или у отца в возрасте до 55 лет, а также наличие сахарного диабета II типа, который рассматривался равноценным с ИБС заболеванием.

АД измерялось в положении сидя, после 10-минутного отдыха, электронным тонометром фирмы «Микролайф». Учитывались средние значения АД из трех измерений. Согласно критериям ВОЗ/МОАГ (1999), в группу больных АГ включали лиц, у которых уровень систолического АД достигал 140 мм рт. ст. и выше и/или уровень диастолического АД – 90 мм рт. ст. и выше. Среди 66 обследованных респондентов у 14 человек (21%) выявлено высокое нормальное АД, у 16 человек (24%) выявлена АГ с I по III степень. По половому составу пациенты АГ распределились равномерно, по 8 человек, средний возраст составил 46 лет. О существовании АГ знали 5 респондентов, несмотря на осведомленность о заболевании, контроль за уровнем АД был неадекватный. Данные нашего исследования согласовались с данными российских исследователей, согласно которым с возрастом отмечается отчетливое увеличение распространенности АГ. У мужчин риск развития АГ возрастает после 35 лет, у женщин – после 45 лет.

Наше исследование показало, что в данном трудовом коллективе распространенность АГ составляет 24%. Риск развития АГ у мужчин возрастает после 40 лет, у женщин – после 47 лет. Отягощенная наследственность по АГ отмечена у 33,4%, по ИБС – 18,2% и по СД – 9,1% пациентов.

Литература:

1. Жуковский, Г.С. Константинов, В.В. Варламова, Т.А. и др. Артериальная гипертензия: Эпидемиологическая ситуация в России и других странах // Русский медицинский журнал. – 1997. – Т. 5, № 9. – С. 551–558.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КЛЕТОК КАЩЕНКО-ГОФБАУЭРА ПЛАЦЕНТЫ КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ХОЛЕСТАЗЕ

Тарасенко О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., профессор Мацюк Я.Р.

Неблагоприятное воздействие холестаза беременных на потомство доказано клиническим и экспериментальным исследованиями [1]. При этом установлено задержка не только физического развития, но и органогенеза, сопровождаемого запаздыванием становления структурных и цитохимических свойств клеток их паренхимы [2, 3]. Предполагают, что одним из ведущих факторов этого воздействия является развитие фетоплацентарной недостаточности [4]. Исходя из этого изучение структуры плаценты в этих условиях является весьма актуальным. В связи с вышеизложенным была поставлена цель изучить гистологическими и морфометрическими методами структурные особенности детской части плаценты, количественный и качественный состав в ней клеток Кащенко-Гофбауэра, обладающих фагоцитарными свойствами [5]. Исследование проведено на 14 беременных самках массой 180-210 г. У 8 из них на 17 сутки беременности моделировали подпеченочный обтурационный холестаз (опыт), а у 6 – лишь лапаротомию (контроль). На 19 сутки животных умерщвляли парами эфира, забирали плаценты, взвешивали и после фиксации в жидкости Карнуа, заключали в парафин.

Установлено, что масса плацент у опытных животных незначительно снижена за счет истончения материнской части (18% при 32% в контроле). Детская часть, наоборот, проявляла тенденцию к увеличению (82% при 68% в контроле; $p < 0,006$). Ее венозные синусы чрезмерно расширялись ($20,5 \pm 4,9$ мкм при $12,7 \pm 3,7$ в контроле; $p < 0,001$) и переполнялись кровью. Число в поле зрения ($\times 400$) клеток Кащенко-Гофбауэра, расположенных в нежных прослойках соединительной ткани, разделяющих кровеносные капилляры и венозные синусы лабиринтного отдела уменьшалось и менялась их локализация. Их количество со стороны материнской части возрастало, а со стороны пупочного канатика – уменьшалось. Клетки уменьшались в размере, отличались полиморфизмом. Многие из них находились в просвете венозных синусов, оксифильные свойства их цитоплазмы снижались и последняя как и кариоплазма, подвергалась микровакуолизации. Ослабевали базофильные свойства и их ядер. Хроматин становился крупноглыбчатым и располагался неравномерно по кариоплазме. Ядрышки компактны без отчетливо различимых фибриллярного и гранулярного компонентов. Реже встречались двуядерные формы клеток. Таким образом, установлено, что холестаз беременных снижает массу плацент, изменяет соотношение их частей и уменьшает в детской части число клеток Кащенко-Гофбауэра, развивая у них деструктивные изменения.

Литература:

1. Ганиткевич, Я.В. Роль желчи и желчных кислот в физиологии и патологии организма / Я.В. Ганиткевич. – Киев: Наукова думка, 1980. – 178 с.
2. Мацюк, Я.Р. Особенности структурно-цитохимических свойств развивающихся органов женской половой системы крысят, родившихся в условиях холестаза / Я.Р. Мацюк, Е.Ч. Михальчук // Фунд. и прикл. аспекты физиол. Мат. науч.-практ. конф., 20-21 мая 2009. – Гродно: ГрГМУ, 2009. – С. 101-108.
3. Гудинович, С.Я. Неблагоприятное для матери и потомства последствия обтурационного холестаза / С.Я. Гудинович, Я.Р. Мацюк // Акт. вопр. перинатал.: мат. науч.-практ. конф., Гродно, 24-25 ноября 2005. – Гродно, 2005. – С. 93-97.
4. Криницына, Л.А. Репродуктивное здоровье женщины: межвуз. сб. науч. ст. / Л.А. Криницына, Л.А. Смирнова, Е.Ю. Великовская. – Петрозаводск, 2000. – С. 127-132.
5. Дыбан, А.П. Очерки патологической эмбриологии человека / А.П. Дыбан. – Л.: Медгиз, 1959. – 174 с.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ (ПРИ ПОВЕШЕНИИ И УДАВЛЕНИИ ПЕТЛЁЙ) ПО ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008–2010 ГГ.

Телкова М. И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс судебной медицины

Научный руководитель – ассист. Кривошеев Д. Я.

В последние годы проблема самоубийств через повешение по Гродненской области стоит довольно остро. Так, за 2008 год зарегистрировано 58 случаев, за 2009 – 45 случаев, за 2010 – 44 случая самоубийств. Этому факту можно дать множество объяснений и предположений, но этим занимаются врачи других специальностей. В медицине самоубийство изучается главным образом в рамках психиатрии (в частности, суицидология), медицинской психологии и судебной медицины.

Цель работы. Дифференциальная диагностика между повешением и удушением петлём, так как иногда весьма трудно разграничить эти два понятия, а именно это и представляет интерес для следственных органов.

Выводы. Одним из основных вопросов при исследовании трупа, извлеченного из петли, является установление прижизненного или посмертного происхождения странгуляционной борозды. Наличие борозды само по себе еще не означает, что смерть наступила от повешения, ибо повешен может быть и труп, и на шее его может образоваться типичная странгуляционная борозда. Поэтому особое внимание эксперта должно быть обращено на выявление признаков, указывающих на прижизненность повешения:

а) кровоизлияние в поверхностные слои кожи по вершине гребня промежуточного валика; кровоизлияния в подкожной жировой клетчатке и мышцах шеи; переломы хрящей гортани или рожков подъязычной кости с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани; кровоизлияния в капсулу лимфатических узлов и окружающую их жировую клетчатку выше уровня странгуляционной борозды; надрывы интимы общей сонной артерии у места бифуркации с небольшими кровоизлияниями по краям надрывов; анизокория при сильном, преимущественно одностороннем сдавлении шеи петлей; кровоизлияния в толщу кончика языка от прикуса его во время судорог; кровоизлияния и надрывы мышц грудной клетки и плечевого пояса;

б) при гистологическом исследовании прижизненной странгуляционной борозды обнаруживаются: полнокровные капилляры и экстравазаты на границе кожи и подкожной жировой клетчатки по краям борозды; стаз, краевое стояние лейкоцитов и клеточная инфильтрация; отек кожи в области краевых и промежуточных валиков; артериальные тромбы; мутное набухание мальпигиева слоя эпидермиса; изменение тинкториальных свойств кожи в области борозды (базофилия, метакромазия); изменение мышечных волокон в местах давления петли (исчезновение поперечной исчерченности, зернистый распад, некробиоз, извилистость волокон).

Литература:

1. Молин, Ю.А. Судебно-медицинская экспертиза повешенья. – С.Пб.: "Мир и семья", 1996. – 336 с.
2. Туманов, Э.В. Судебно-медицинская экспертиза смерти от механической асфиксии. – Гомель, 2000. – 32 с.
3. Судебная медицина. Под ред. В. Н. Крюкова – М., «М», 1985. – С.99–125.

ДИНАМИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ (НА ПРИМЕРЕ ГрГМУ)

Терешко Н.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – проф. Л.И. Лукьянова

На молодёжный возраст приходится главные социальные и демографические события в жизненном цикле человека: завершение общего образования, выбор и по-

лучение профессии, начало трудовой деятельности, вступление в брак, рождение детей. Специфика данной возрастной группы состоит в незавершённости её становления. Поэтому молодёжь определяется как становящийся субъект общественного воспроизводства.

Выбор места учёбы определяется осознанным интересом к избранной профессии, представляя важную структурную часть самосознания молодёжи. В основе интереса лежат мотивы деятельности, характеризующие ситуации наиболее желательные для молодых людей и подталкивающие их к достижению цели. В этой связи представляется интересным обратиться к данным нашего письменного интервьюирования, выявляющего причины поступления студентов-первокурсников в Гродненский медуниверситет.

Данные нашего интервьюирования были структурированы относительно разных содержательных модальностей: «пример родителей», «детская мечта», «желание помочь людям», «метод исключения» и др.

Большинство студентов (22% опрошенных) отметили, что на поступление в медвуз повлияли их родители, у 21% студентов – это была их детская мечта, 15% отметили, что главная цель в жизни – помочь людям, 9% выбрали медвуз методом исключения; принести пользу обществу, государству отметили 6%, из-за престижа и благородства профессии захотели стать врачами 12% опрошенных, примером друзей воспользовались 4%, цель вылечить родственников – 3%, нравится биология и химия – 2%, стремление к знаниям отметили 1%, у 1% так же повлияла на выбор профессии встреча с хорошими врачами, а 1% все же решили доказать, что не все врачи плохие. У 3% опрошенных были другие причины. Заметим, что никто не ответил: поступил потому что это «хороший вуз», «здесь высокое качество образования», «сильный профессорско-преподавательский состав», «привлекают занятия наукой» и т.д.

На основе данных опроса можно выделить четыре типа студенческой мотивации – прагматический, статусно-престижный, социокультурный, профессиональный.

Что касается остальных мотиваций, то они скорее подчинены выявленным жизненным стратегиям. Так, например, желание «вылечить родственников» связано с желанием быть профессионалами и т.д. А такие мотивы получения медобразования как «метод исключения», «нравится биология, химия» не являются основными, а скорее служат в качестве дополнительных стимулов. Таким образом, можно сделать вывод: современный студент хотя и становится более практичным, однако, не отрицает важности профессии как смысложизненного выбора.

Исследование показывает, что уже на стадии поступления в медвуз студенчество становится более разнородным. И представления о специальности порой находятся на уровне рассуждений типа: «врач – это тёплый кабинет, белый халат и т.п.», «врачи никогда не болеют» и др. Но ведь именно работа по специальности является существенным показателем интеграции молодёжи в профессиональную структуру общества, а соответствие квалификации характеру и содержанию выполняемой работы свидетельствует о позитивной включенности молодых людей в процесс производства, в систему профессиональных отношений, и в конечном счёте, о высоком социально-профессиональном статусе личности.

Случаи, когда молодые люди меняют планы после окончания профессионального учебного заведения, оборачиваются «издержками», которые не могут быть безболезненными и обходятся обществу дорого.

СЛОВООБРАЗОВАНИЕ ИМЁН СУЩЕСТВИТЕЛЬНЫХ В НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ (НА МАТЕРИАЛЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ)

Ткач М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Фёдорова М.А.

Современное плодотворное развитие какой-либо науки трудно себе представить, если ее концептуальный аппарат не имеет строгой научной терминологии. Специализированная терминология обеспечивает номинирование объектов, явлений и процессов, возникающих в новых областях знаний и сферах деятельности человека.

Актуальным представляется изучение механизмов словообразования имён существительных в немецком языке, а также выявление особенностей словообразования имён существительных в медицинской терминологии, поскольку, несмотря на определенные успехи в изучении этого сложного процесса, многие аспекты данной проблемы по-прежнему остаются дискуссионными.

В данном исследовании предпринята попытка изучения словообразования имён существительных на материале медицинской терминологии.

Основная цель работы – провести комплексный анализ структуры и способов образования имён существительных в немецком языке, а также выявить особенности образования имён существительных в медицинской терминологии.

Материал исследования – свыше 500 однословных и составных медицинских терминов, полученных методом сплошной выборки из терминологических толковых словарей, справочников, энциклопедий, Интернет-каталогов и др.

Объект исследования – имена существительные немецкого языка, которые используются для обозначения терминов в медицине.

Предметом исследования – способы словообразования имён существительных немецкого языка, которые являются наиболее употребительными при образовании медицинских терминов.

Результаты. Концептуальный анализ способов словообразования выявил доминантность такого способа, как словосложение, на долю которого приходится 86,8% от всех исследуемых терминов. При этом целесообразно выделить, что из двух основ построены около 71% от всех терминоэлементов, из трёх – 22,7% , из четырёх – 6,3% терминов, приходящихся на словосложение, как способ словообразования.

Важное место в распределении частоты встречаемости занимают такие способы словообразования имён существительных, как суффиксация и префиксация, на долю которых приходится 9,4% и 1,9%, соответственно. В ходе исследования были выявлены также такие способы словообразования, как образование сложносокращённых слов (1,6%) и бессуффиксное образование (от глагольных основ) (0,3%). Имен существительных, образованных способами субстантивации и сращения, выявлено не было.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗЕМОЙ ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА СКИНДЕКС-29

Троско В.И., Рыбина Л.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра дерматовенерологии

Научный руководитель – Новоселецкая А.И.

В настоящее время дерматологи вынуждены признать, что игнорирование эмоциональных факторов при кожных заболеваниях лишает эффективной терапевтической помощи значительную часть пациентов. Новым и перспективным направлением медицины является оценка качества жизни (КЖ), которая даёт возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, более полно предста-

вить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые базируются не только на научном подходе специалистов, но и учитывают субъективную точку зрения пациента [2].

Целью нашего исследования явился анализ влияния заболевания на КЖ пациентов с экземой.

В исследование включено 65 пациентов, страдающих экземой, в возрасте от 16 до 81 года. Мужчин было 50 (76,9%), женщин – 15 (23,1%). В зависимости от формы экземы пациенты распределились: 58 (89,2%) с диагнозом «микробная экзема», 7 (10,8%) с истинной экземой. Продолжительность заболевания составила от 0,5 недели до 20 лет. Впервые возникшее заболевание было диагностировано у 30 (46,2%) пациентов, протекающее с рецидивами – у 35 (53,8%). Острое течение заболевания наблюдалось у 44 (67,7%) пациентов, а подострое – у 21 (32,3%). По площади поражения пациенты были распределены следующим образом: до 25% кожного покрова – 40 (61,5%) человек, от 26 до 50% – 22 (33,8%) человека, более 50% – 3 (4,6%). С легким течением заболевания было 4 (6,2%) пациента, среднетяжелым – 49 (75,4%), тяжелым – 12 (18,5%). Все больные проходили полное клиническое обследование, которое включало сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза заболевания, получение данных физикального исследования, а также данных лабораторных методов исследования. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Исследование КЖ у пациентов с экземой и контрольной группы проводили при помощи опросника СКИНДЕКС-29 для оценки КЖ по трем шкалам: эмоции, функции, симптомы [0]. На момент поступления в стационар отмечалось значительное снижение КЖ пациентов. Получены следующие данные: по шкале «симптомы» – $41,9 \pm 1,3$ балла, «функции» – $38,4 \pm 1,4$ балла, «эмоции» – $34,9 \pm 1,0$ балла. При анализе опросников контрольной группы получены следующие данные: по шкале «симптомы» – $18,1 \pm 2,4$ балла, «функции» – $5,6 \pm 1,2$ балла, «эмоции» – $13,8 \pm 2,9$ балла. При сравнении данных в контрольной группе и группе пациентов с экземой получены статистически значимые различия ($p < 0,05$) по трем шкалам: «симптомы», «функции» и «эмоции».

Выводы:

1. На момент поступления в стационар отмечается ухудшение КЖ больных экземой по трем шкалам: «симптомы», «функции» и «эмоции».

2. Получено статистически значимое снижение КЖ у пациентов с экземой в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$) по трем шкалам: «симптомы», «функции» и «эмоции».

Литература:

1. Адашкевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии / В.П. Адашкевич. – М. : Мед. книга, 2004. – 163 с.

2. Шеварова, В.Н. Качество жизни при заболеваниях кожи / В.Н. Шеварова // Вестник последипломного медицинского образования. – 2000. – № 2. – С. 24.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Троцкий М.В., Парханович В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Иодковский К.М.

Актуальность: в структуре обструктивных уропатий гидро- и уретерогидронефроз занимают ведущее место [1,2].

Цель: изучение результатов хирургического лечения обструктивных уропатий у детей.

Задачи и методы исследования: количество детей, страдающих гидро- и уретерогидронефрозом, взятых для исследования в данной работе, – составляет 131. Использован сплошной метод наблюдения за промежутком времени от 2005 до

2010гг. Источником информации явились «Медицинские карты стационарного больного».

Результаты. Контингент госпитализированных составили 79% мальчиков и 21% девочек. Состав госпитализированных представлен уроженцами г. Гродно и Гродненской области. Средний возраст больных равен 1год 8мес. Большинство из них находилось в возрастной группе до 1 года – 64 чел. (49%), в возрасте от 1 до 3лет – 54 чел. (41,1%), остальное количество – 13 чел. (9,9%) пришлось на детей более старшего возраста.

Гидронефроз наблюдался у 71,8% детей, обструктивныйуретерогидронефроз у 28,2%.

Из всех госпитализированных оперативное лечение выполнено у 67 детей (51,1%), из них 49 операций было выполнено у детей с гидронефрозом, 18 операций у детей с обструктивнымуретерогидронефрозом.

Наиболее часто при гидронефрозе выполнялась резекция и пластика лоханочно-мочеточниковой системы по Хайнсу–Андерсену – 42 чел. (89,4%), пункционная нефростомия составила – 4 чел. (8,5%). Нефрэктомия была выполнена у 2 детей; у 1 ребёнка с гидронефрозом удвоенной почки выполнена геминефрэктомия нижнего полюса.

При обструктивныхуретерогидронефрозах выполнялись следующие методы коррекции порока:

- Резекция дистального отдела мочеточника с уретероцистонеоанастомозомвнепузырным доступом – 8 детей.
- Резекция дистального отдела мочеточника с уретероцистонеоанастомозом по Ледбеттеру – Политано – 4 ребёнка.
- Резекция уретерокутанеостомы, наложение межмочеточникового анастомоза – 3 ребёнка.
- Пункционнаянефростомия под контроле ультразвукового исследования – 3 ребёнка.
- Уретеронеоанастомоз по Козну с обеихсторон – 1 ребенок.

В раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения обструктивныхуропатий осложнений не наблюдалось. Все больные выписаны на амбулаторное лечение с улучшением.

Выводы:

1. Наиболее часто обструктивныеуропатии встречаются у детей до 3 лет.
2. Раннее лечение гидро- и уретерогидронефроза позволяет сохранить функциональное состояние органа.

Литература:

1. Лолаева Б.М. // Современные методы диагностики и лечения нефроурологическихзаболеваний у детей: Материалы 1-го конгресса. – М., 1998.- С. 54.
2. Паникратов К.Д. Хронические нарушения уродинамики верхних мочевых путей (причины, диагностика, лечение). – Иваново, 1992. – С. 17-127.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Только А.В., Ермак С.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №2

Научный руководитель – к.м.н., доц. Лашковская Т.А.

Гемофилия – тяжёлая геморрагическая болезнь из группы коагулопатий. Распространенность гемофилии А составляет 1:10000, гемофилии В – 1:30000 – 50000 мальчиков.

Тяжесть заболевания и выраженность кровоточивости находятся в прямой зависимости от уровня антигемофильных глобулинов (АГГ). В зависимости от уровня активности в плазме крови факторов её свёртывания выделяют клинические формы гемофилии А, В, С: крайне тяжёлая форма – активность факторов VIII (IX или XI) от

0% до 1%; тяжёлая форма – активность факторов VIII (IX или XI) от 1% до 2%; средней тяжести – активность факторов VIII (IX или XI) от 2% до 5%; лёгкая форма – активность факторов VIII (IX или XI) от 6% до 24%. Минимальный гемостатический уровень активности фактора VIII или IX в крови для выполнения оперативных вмешательств – 25%, для фактора XI – 5-10%.

Цель данной работы изучить особенности лечения гемофилий А и В в зависимости от степени тяжести у детей Гродненской области.

Нами проанализированы истории болезней детей с гемофилиями, находившихся на стационарном лечении в УЗ «ГОДКБ» с 2005 по 2010гг. За этот период пролечено 24 ребенка, которым был выставлен диагноз гемофилии. Гемофилия А диагностирована у 18 (75%) детей, гемофилия В – у 6 (25%).

По степени тяжести дети с гемофилией А распределились следующим образом: тяжелая степень диагностирована у 5 (27,8%), средняя степень – у 9 (50,0%), легкая степень – у 4 (22,2%). Тяжелая степень гемофилии В диагностирована у одного ребенка, среднетяжелая – у двух, легкая – у трех детей.

При анализе клинической картины гемофилии А и В установлено, что в 31 (75,6%) случаев дети госпитализировались по поводу острых гемартрозов крупных суставов ($p < 0,05$): коленных – 31,9%, локтевых – 27,7%, голеностопных – 25,5%, тазобедренных – 8,5%, плечевых – 6,4%. В 8 (19,5%) случаях причиной госпитализации в стационар явились межмышечные гематомы; в 3 случаях – кровотечение после экстракции зубов; 1 ребенок госпитализирован с забрюшинной гематомой.

Всем детям с гемофилией с гемостатической целью осуществлялось введение антигемофильных факторов. При лёгкой степени гемофилии А доза VIII фактора составила $15,0 \pm 2,8$ Ед/кг, при среднетяжелой – $24,2 \pm 1,5$ Ед/кг, при тяжелой – $30,2 \pm 3,5$ Ед/кг. Детям с гемофилией В при легкой степени вводилось 8,6 Ед/кг IX фактора, при среднетяжелой – $16,27 \pm 1,6$ Ед/кг, при тяжелой – $17,5 \pm 1,2$ Ед/кг.

Аллергическая реакция отмечена у двух детей на введение VIII фактора. У 8 детей (44,4%) с гемофилией А была реакция на введение плазмы и/или криопреципитата. У каждого второго ребёнка с гемофилией В аллергические реакции выявлены на введение препаратов плазмы.

Гепатит С диагностирован у 6 (33,3%) человек с гемофилией А и у 1 ребёнка с гемофилией В, получавших с гемостатической целью плазму и/или криопреципитат.

Выводы:

1. Количество вводимых антигемофильных факторов зависит от степени тяжести гемофилии.
2. На введение плазмы и/или криопреципитата у 44,4% детей отмечаются аллергические реакции.
3. У каждого третьего ребёнка с гемофилией А выявлен гепатит С.

ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА В ГРУДНОМ И ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛАХ

Тюрин Е.О., Заневский А.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

Научный руководитель – ассист. Чешик С.Л.

Актуальность. Проблема лечения пострадавших с повреждениями позвоночника продолжает оставаться актуальной, что связано с тяжестью подобных повреждений в структуре травм опорно-двигательной системы (до 10%), преобладанием среди пациентов лиц трудоспособного возраста, длительностью лечения, значительными сроками временной нетрудоспособности и высокими показателями инвалидности, а при поражении спинного мозга и летальностью [1,2].

Цель. Анализ результатов лечения пациентов с повреждениями позвоночника в грудном и поясничном отделах при выполнении декомпрессивно-

стабилизирующих операций из заднего хирургического доступа.

Материалы и методы исследования. Материал основан на динамическом наблюдении за пациентами, проходившими лечение в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за период с 2005 по 2010 гг. Всего оперативных вмешательств по поводу нестабильных повреждений позвоночника в грудном и поясничном отделах выполнено у 51 пациента. Распределение по полу: женщин – 35,8%, мужчин – 64,2%. Средний возраст пациентов составил 30-50 лет. Неврологические нарушения имели место в 18 случаях и проявлялись: в 10-ти – по типу нижних парезов конечностей с нарушением функции тазовых органов, в 8-ми имела место корешковая симптоматика. Сроки поступления пациентов составили от нескольких часов до двух суток. В обследовании применялись общедоступные методы: клинико-неврологический, рентгенографический (рентгенография в стандартных проекциях, миелография, рентгеновская компьютерная томография), МРТ. В зависимости от диагностических данных больным выставлялись показания к определенному виду оперативного лечения. Выполнялись декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего хирургического доступа: 1) репозиционная декомпрессия спинного мозга (ДСМ), путём лигаментотаксиса с последующей транспедикулярной фиксацией (ТПФ): 29 пациентов (57%); 2) задняя ДСМ, за счёт ламинэктомии с одновременной ТПФ: 20 пациентов (39%); 3) заднебоковая ДСМ, ТПФ: 2 пациента (4%).

Также была предложена и внедрена методика комбинированного спондилодеза с использованием биологически полноценного материала в виде аллопластического деминерализованного костного матрикса и транспедикулярной фиксации. Данная методика применена у 10 пациентов.

Результаты исследования. Результаты лечения оценивались по трем категориям: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные в сроки от 2-х месяцев до 5-ти лет. Анализ результатов лечения достоверно выявил преобладание хороших результатов в 82% случаев. Удовлетворительные результаты получены в 18%, неудовлетворительных нет.

Выводы. Декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего хирургического доступа при нестабильных повреждениях позвоночного сегмента в грудном и поясничном отделах позволяют улучшить результаты лечения за счёт ранней вертикализации пациентов на фоне стабильной фиксации повреждённого сегмента позвоночника, устранения неврологического дефицита, сокращения периода реабилитационного периода лечения, а также уменьшения процента первичного выхода пациентов на инвалидность [2].

Литература:

1. Макаревич, С.В. Внутренняя ТПФ грудного и поясничного отделов позвоночника при его повреждении. Автореф. дисс.... докт. мед. наук : 14.00.22 / БелНИИТО. – Минск, 2002. – 40 с.
2. Лавруков, А.М. Алгоритм диагностики и лечения больных с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника / А.М. Лавруков [и др.] // Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Минск, 2004. – с. 64-67.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИИ C-ERBB-2 ОНКОПРОТЕИНА ПРИ СЕРОЗНЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

Усов В.В., Жуковский Ю.В., Юлич С.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., ассист. Шульга А.В.

Вопросы происхождения овариальных карцином и их связь с доброкачественными и пограничными новообразованиями остаются предметом активного обсуждения. В то время как одни авторы демонстрируют ранние предопухолевые морфологические изменения в профилактически удаленных и противоположных яичниках, а также в покровном эпителии яичника, прилежащем к карциноме, другие исследо-

ватели не подтверждают эти наблюдения [1]. С этой позиции, актуально изучение иммуногистохимического профиля не только карцином, но и доброкачественных, пограничных новообразований яичников.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ экспрессии c-erbB-2 онкопротеина клетками доброкачественных, пограничных и злокачественных новообразований яичников серозного гистологического строения.

Материалы и методы. Исследование выполнено на архивном гистологическом материале 69 больных, оперированных по поводу опухолей яичников в период с 1999 по 2003 гг. Для анализа было отобрано 49 парафиновых блоков серозных овариальных карцином, 10 наблюдений серозных пограничных опухолей, 10 случаев серозных цистаденом. При этом в 7 случаях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 27 – к G2, а в 15 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 12,2% женщин, вторая – у 12,2%, а генерализация процесса наблюдалась в 75,6% случаев (третья стадия – 67,4%, четвертая – 8,2%). Подсчет мембранной экспрессии c-erbB-2 проводили, согласно общепринятой балльной системе Herceptest™ (0, 1+, 2+, 3+), при увеличении 100. Во всех случаях поставлены положительные и отрицательные контрольные реакции. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты. Анализ данных иммуногистохимических исследований показал, что положительная реакция с антителами к c-erbB-2 была выявлена в 2 случаях пограничных опухолей, а также в 17 наблюдениях карцином яичников, и проявлялась мембранным и цитоплазматическим окрашиванием различной степени интенсивности. Оценивалась только мембранная локализация продуктов реакции с антителами: в 7 наблюдениях аденокарцином отмечалась экспрессия 1+, в 8 новообразованиях – 2+, а 3+ регистрировалась только в 2 опухолях. Таким образом, гиперэкспрессия (2/3+) указанного маркера была выявлена в 34,7% случаев. В пограничных опухолях яичников регистрировалось слабое окрашивание 10 % клеточных мембран (1 балл). При серозном раке гиперэкспрессия c-erbB-2 (2/3+) онкопротеина не была статистически значимо связана со степенью дифференцировки ($p=0,19$), клинической стадией ($p=0,29$), возрастом больных ($r_s=0,12$, $p=0,43$), наличием метастазов на момент постановки диагноза ($p=0,41$).

Выводы. Экспрессия c-erbB-2 связана с прогрессированием серозного рака и не наблюдается в доброкачественных опухолях, а гиперэкспрессия онкопротеина характерна только для овариальных карцином. Уровень экспрессии c-erbB-2 онкопротеина не связан со степенью дифференцировки, клинической стадией заболевания, а также наличием метастазов серозной карциномы.

Литература:

1. Prophylactic oophorectomy: a morphologic and immunohistochemical study / P.W. Schlosshauer [et al.] // Int. J. Gynecol. Pathol. – 2003. – Vol. 98, № 12. – P. 2599–2606.
2. Карселадзе, А.И. Некоторые основополагающие понятия онкоморфологии в свете достижений современной молекулярной биологии / А.И. Карселадзе // Архив патологии. – 2009. – №. 5. – С. 17–21.

РАССОВЫЕ ВАРИАЦИИ АНАТОМИИ ЗУБОВ

Ушак Л.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кофедра общей стоматологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Манак Т.Н.

Все люди очень разные. На Земле не найдется полностью одинаковых людей. Каждая человеческая раса имеет свои особенности. Целью научной – исследовательской работы является изучение расовых вариаций анатомии зубов.

Задачи работы: 1. Исследование возможных различий анатомии зубов у белорусских и иностранных студентов Белорусского государственного медицинского университета.

2. Выявление связи в анатомическом строении зубов.

3. Анализ полученных данных.

Для достижения цели было проведено фотоисследование 40 респондентов. Объектами исследования были выбраны белорусские учащиеся 1-го курса стоматологического факультета (20 человек) и иностранные студенты (20 человек) из Ливана, Ирака, Туркменистана, Нигерии.

В работе изучалась вестибулярная поверхность фронтальной группы зубов верхней челюсти:

1) ширина коронки центрального резца

2) длина коронки центрального резца

3) ширина передней группы зубов (расстояние между клыками).

А также наиболее встречающиеся виды прикуса.

В результате проделанной работы были получены следующие результаты: ширина коронки центрального резца самая большая у студентов негроидной расы, равная 0,91 см. У белорусских студентов равна 0,68 см. Длина коронки центрального резца самая большая у студентов негроидной расы, равная 0,96 см. У белорусских студентов равна 0,78 см. Значение ширины передней группы зубов у все исследуемых является приблизительно одинаковым. У представителей негроидной расы расстояние между клыками составляет 3,68 см. У арабских студентов составляет 3,65 см. У белорусских студентов 3,66 см.

Наибольшая частота встречаемости физиологического прикуса у арабских студентов (82%), наименьшая у белорусских (78%). Полуфизиологический прикус – 18% и 22% соответственно. Негроидная раса занимает среднее значение – 80% и 20%.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Федорук А.М., Лешкевич В.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – к.м.н., доцент Богданович И.П.

Повреждения голеностопного сустава составляют 13-20% от всех травм опорно-двигательной системы и 40-60% от переломов костей голени. Больные, получившие повреждения голеностопного сустава, составляют 13-14% от всех госпитализированных пациентов с костной травмой.

Большое разнообразие методов лечения пациентов с переломами лодыжек свидетельствует о том, что их результаты не вполне устраивают травматологов-ортопедов. Остается высокой частота осложнений (18-31,2%) при лечении сложных переломов лодыжек.

Цель работы. Целью нашей работы явилась оценка результатов лечения пациентов с травматическими повреждениями голеностопного сустава.

Материал и методы. Работа основана на анализе историй болезни пациентов, проходивших лечение в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно» за период с 2007 по 2009 гг. Всего за этот период проанализировано 140 историй болезни, среди них лиц мужского пола – 75, женщин – 65. При распределении по возрасту наибольшее количество травм приходится на работоспособный возраст 80%. Различные виды повреждений встречались со следующей частотой: перелом Десто – 64 случая (45,7%), перелом Дюпюитрена – 29 (20,7%), перелом внутренней лодыжки – 17 (12,2%), перелом наружной лодыжки – 7 (5%), перелом наружной лодыжки с разрывом дельтовидной связки и подвывихом стопы кнаружи – 12 (8,6%), перелом наружной лодыжки и заднего края большеберцовой кости – 7 (5%), перелом внутренней лодыжки и заднего края большеберцовой кости – 2

(1,4%), оскольчатый внутрисуставной перелом – 2 (1,4%). Наряду с консервативным (55,7%): гипсовая повязка, выполнялось и оперативное (44,3%) лечение: металлоостеосинтез винтами и пластинами – 78 (34,3%) случаев, ВКДО аппаратом Илизарова – 12 (8,6%), скелетное вытяжение – 2 (1,4%).

Результаты лечения: клинические наблюдения показали, что в ряде случаев у пациентов после проведенного лечения появлялись осложнения, причинами которых явилось позднее обращение пациентов за помощью, отсутствие анатомического сопоставления отломков после закрытой репозиции, несоблюдение пациентами режима реабилитационного периода, технические погрешности оперативного лечения, неправильный выбор тактики лечения.

Выводы:

1. Благоприятный исход лечения повреждений голеностопного сустава возможен только при точном восстановлении правильного расстояния между больше- и малоберцовыми костями и длины малоберцовой кости.

2. Если после закрытого вправления перелома лодыжек остается небольшое смещение, показано оперативное лечение.

3. Консервативное лечение показано при несмещенных переломах лодыжек, при тяжелых заболеваниях или при смещенных переломах, если общее состояние или локальные изменения не позволяют сразу выполнить оперативное лечение.

Литература:

1. Травматология и ортопедия / Руководство для врачей. В 3 томах. Т. 2 / Под ред. Ю. Г. Шапошникова. – М.: Медицина, 1997. – 592 с.

2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. – М.: Книга-плюс, 2002. – 480 с.

САМООЦЕНКА ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-ПЕДАГОГОВ 45-60 ЛЕТ НА ФОНЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЬНИЦ ДРУГИХ ПРОФЕССИЙ

Филидович Е.А.

Гродненский государственный университет им. Янки Купалы, Беларусь

Кафедра спортивной медицины и ЛФК

Научный руководитель – к.м.н., доц. Шпаков А.И.

Исследование индивидуальной концепции здоровья педагогов высшей школы приобретает особую значимость в связи с тем, что во время образовательного процесса на здоровье студентов в определенной степени влияет образ жизни и поведение педагога. От его личности, от принятой им системы ценностей, его отношения к своему здоровью и здоровью студентов и вытекающих отсюда педагогических воздействий зависит, во-первых, будет ли само образование безопасным с точки зрения охраны здоровья (или же окажется в ряду ситуаций, наносящих вред), во-вторых, то, какие представления о здоровье и здоровом образе жизни усвоят студенты на примере конкретного преподавателя.

Цель исследования заключалась в изучении уровня самооценки психического и физического здоровья 45-60-летних женщин-педагогов крупного регионального вуза с определением необходимости перечня профилактических мероприятий в данной социальной группе на фоне представительниц сверстниц с высшим образованием других специальностей (экономисты, инженеры, административный персонал).

Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, с использованием «Анкеты качества жизни. SF-36» позволили установить различия в субъективной оценке здоровья и качества жизни у 45-60-летних женщин-педагогов вуза (169 преподавателей) и 142 представительниц других профессий.

Оценивая влияние факторов риска, следует отметить, что неблагоприятная ситуация со здоровьем в данном возрасте у женщин-педагогов и представительниц других профессий может быть обусловлена увеличением времени рабочего дня, частым и более длительным уходом за больными родителями и престарелыми родственниками, неудовлетворенностью своей профессиональной деятельностью, окру-

жением, провоцирующим стресс, в первую очередь домочадцами, и частотой применения успокоительных лекарственных препаратов.

Профессия педагога высшей школы является стрессогенной в среднем на 25%. Для представительниц других профессий стрессогенность особенно окружения на работе еще более выражена (34%). В то же время для женщин-педагогов характерен высокий уровень стрессогенности со стороны домашнего окружения (27% против 19,6% у сверстниц других профессий).

В целом показатели качества жизни и самооценка по всем шкалам физического и психического здоровья с возрастом изменяются, как у педагогов, так и у лиц других профессий. У женщин-педагогов в первой и третьей возрастных группах все показатели здоровья выше средних, во второй (50-54 лет) – ниже средних. Группа педагогов предпенсионного возраста по субъективной оценке физической и психологической компонент здоровья характеризуется самой низкой самооценкой и представляет собой группу риска. У представительниц других профессий с возрастом все показатели здоровья неуклонно снижаются. Группа лиц других профессий в возрасте 55-60 лет по субъективной оценке физической и психологической компонент здоровья характеризуется самой низкой самооценкой и представляет собой группу риска.

Несмотря на то, что физический компонент здоровья женщин-педагогов высшей школы имеет больший запас прочности по сравнению с представительницами других профессий, возрастную группу 50-54 года у женщин-педагогов следует рассматривать как группу повышенного риска ухудшения физического и психического здоровья в целом. Представительницы других профессий по субъективной оценке физического и психологического компонента здоровья в возрасте 55-60 лет (третья возрастная группа) характеризуется самой низкой самооценкой и также представляет собой группу риска.

РОЛЬ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Филинович А.В., Чурило И.Ю., Домашук В.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Губарь В.В.

Актуальность. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляет собой одну из ведущих причин смерти у больных хирургического профиля. По данным литературы смертность от ТЭЛА составляет 6-10% от больничной смертности в целом.[1]. В комплексе профилактических мер против ТЭЛА в клиническую практику активно внедряются низкомолекулярные гепарины (НМГ): фраксипарин, фрагмин, клексан и др.

Цели исследования: оценка результатов применения НМГ в профилактике ТЭЛА у больных хирургического профиля.

Материалы и методы: исследование проводилось на основе ретроспективного анализа 74 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи г.Гродно в период с 2003г. по 2009 г., непосредственной причиной смерти которых, по данным секции, была ТЭЛА.

Результаты исследований: анализ летальности от ТЭЛА по больнице за семилетний период показал, что полученные данные отличаются от известных по литературе: 2003г.- 2,58%; 2004г.- 3,43%; 2005г.- 5,43%; 2006г.- 3,21%; 2007г.- 4,5%, 2008г.- 4,88%; 2009г.- 5,9%.

При оценке применения НМГ по каждому случаю ТЭЛА за указанный период установлено, что у 52% пациентов применение НМГ проводилось с отступлением от существующих рекомендаций: в 12,2% НМГ не применялись вообще, в 11,45% применялись после проведенной операции, в 10,17% происходила смена препарата в процессе лечения, в 9,38% происходила ранняя отмена препарата, в 8,8%- недоста-

точная дозировка НМГ. У ряда больных допущено несколько ошибок в процессе лечения НМГ – 15 случаев (20%).

Из 74 случаев ТЭЛА чаще всего это осложнение возникало на 1-2 сутки (30,8%) и на 7-9 сутки (28,8%) после проведенного оперативного вмешательства. При анализе частоты ТЭЛА по отделениям выяснилось, что 28 случаев смерти (37,8%) зарегистрировано в отделениях травматологии; в отделении хирургии наблюдалось 17 случаев (23%), в отделении нейрохирургии – 13 случаев (17,6%). Чаще всего ТЭЛА встречалась у пациентов в возрасте 55-80 лет, особенно с наличием сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы (84%).

Выводы:

1. Несмотря на внедрение в практику НМГ смертность пациентов от ТЭЛА в отделениях хирургического профиля не снижается.

2. Определение уровня D-димеров является неотъемлемым составляющим контроля эффективности применения НМГ в профилактике ТЭЛА.

3. Препараты НМГ желательно назначать в адекватных дозировках до операции, не рекомендуется смена препарата во время профилактики ТЭЛА. Применение НМГ не исключает использования других мероприятий по профилактике ТЭЛА.

4. Наибольший риск возникновения ТЭЛА после операции у больных на 1-2 и 7-9 сутки.

5. В группе наибольшего риска пациенты в возрасте 55-80 лет с переломом бедренной кости, шейки бедренной кости и пациенты со злокачественными новообразованиями.

Литература:

1. Пономарева И.А., Воробьев Н.А. «Эпидемиология тромбоэмболии легочной артерии по данным аутопсии». Анестезиология и реанимация №3 2007.

2. Т.В. Балахонова «Профилактика тромбоэмболических осложнений в травматологии и ортопедии» Медицинская литература Москва 2003.

ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ, И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Францкевич Е.А., Близина О.И., Поносевиц О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Климович И.И.

Актуальность. Количество больных циррозами печени и их осложнениями неуклонно увеличивается. Наиболее грозными осложнениями цирроза печени (ЦП) являются кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) при развитии портальной гипертензии[1, 2]. Лечение ЦП и его осложнений желает лучшего[3].

Цель. Установить причинные факторы цирроза печени и его осложнений, способы лечения.

Материалы и методы исследования. Нами изучены 68 историй болезни пациентов с ЦП, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) г. Гродно в период с 2004 по 2010 гг.

Результаты исследования. Из 68 больных ЦП 41 (60%) составили мужчины, 27 (40%) – женщины. Средний возраст больных, независимо от пола, составил 53,5 года. Причиной ЦП у 33 (48,5%) человек явилось злоупотребление алкоголя, в том числе сомнительного происхождения и перенесенный токсический гепатит, у 14 (20,6%) – вирусный гепатит С, у 21 (30,9%) – причина не установлена. Поступающие пациенты госпитализировались, как правило, в отделение реанимации и лечение проводилось хирургом и реаниматологом. Из 68 госпитализированных по поводу ЦП у 27 (39,7%) имело место варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), которое у 17 (25%) осложнилось кровотечением, из них у 5 (7,3%) человек произошло кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела же-

лудка (ВРВПиЖ). Оперировано 10(58,8%) больных, всем пациентам выполнены только паллиативные хирургические вмешательства (гастротомия, ушивание разрывов варикозно расширенных вен, из которых наблюдалось кровотечение, эндоскопическая коагуляция кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода и желудка). Консервативное лечение получали 7(41,2%) пациентов, которое включало назначение гемостатических средств, в том числе эндоскопический гемостаз, применение зонда Блекмора, комплексная лекарственная терапия цирроза. Умерло 22 (32%) человека, у 18 (81,8%) из которых было диагностировано ВРВПиЖ и ВРВП, в том числе 6 (27,3%) после операции. Общая смертность составила 32,3%, Послеоперационная летальность составила 60,0%.. Средний возраст умерших составил 51 год. При анализе сроков смерти пациентов установлено, что 8 (36,6%) умерло в сроки до суток после поступления в больницу, 7 (31,8%) – 1-5 суток, 7 (31,8%) – 5-14 суток. Среди умерших злоупотребляли алкоголем 7 (31,8%), смерть 6 (27,3%) больных наступила в результате токсического действия суррогатов алкоголя либо медикаментов. У 9 (40,9%) умерших за несколько часов до смерти случилось желудочно-кишечное кровотечение.

Выводы. Существующие методы лечения циррозов печени требуют дальнейшего совершенствования.

Литература:

1. Стрижаков, А.Н. Современное состояние проблемы цирроза печени: Постановление бюро отделения клинической медицины РАМН от 25.09.2008 г./А.Н. Стрижаков, В.Н. Герадзе // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктोल. – 2009. - Т.19, №1. - С.87-88.
2. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода при циррозах печени с синдромом портальной гипертензии / П.В. Гарелик [и др.] // Актуальные вопросы гепатологии: материалы 8-го междунар. симп. гепатологов Беларуси. – Минск, 2009. – 28 с.
3. Лечение осложнений цирроза печени (Методические рекомендации для врачей) // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктोल. – 2009. - Т.19, №1. - С.78-86.

СПОСОБЫ ВЫРАЖЕНИЯ МОДАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРЕВОДЕ АННОТАЦИЙ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ С АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА НА РУССКИЙ

Фурман Е.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Рябова А.М.

Данная работа представляется актуальной, так как неточности или неправильность перевода аннотаций может привести к нежелательным последствиям, иногда очень серьезным. Ведь современная медицина представляет собой многоструктурную отрасль, которая включает в себя огромное множество различных областей и сфер. Медицина подразделяется на различные разделы, которые отвечают за изучение тех или иных заболеваний и явлений, связанных с каким-либо отделом организма или его системой. Поэтому нельзя забывать о том, что лечение заболеваний зачастую ведется при помощи различных препаратов и медикаментов, которые положительно влияют на состояние организма человека благодаря веществам, которые в них содержатся. Однако многие лекарственные средства поставляются из-за границы. Исходя из этого, можно понять, что сопровождающая их аннотация, как правило, полностью написана на каком-либо иностранном языке. А так как аннотации являются важнейшей частью любого лекарства, ведь в них содержатся вся важнейшая информация о составе лекарства, побочных эффектах и способах применения, неправильно понятая аннотация способна нарушить ход лечения пациента и привести к самым негативным последствиям. Ведь различные специализированные лекарственные средства имеют довольно сильное действие, и неправильная их дози-

ровка может значительно навредить организму любого человека, а для больного может быть попросту губительна.

Объектом данного исследования являются аннотации к лекарственным средствам на английском языке.

Предмет исследования – способы выражения модальности в текстах аннотаций, а также особенности передачи модальности при переводе с английского языка на русский. Модальность – явление многоаспектное, поэтому в лингвистической литературе высказываются различные мнения по поводу сущности данного феномена. Модальность выражается грамматическими и лексическими средствами (формами наклонений, модальными словами и частицами, интонацией).

Цель работы заключается в том, чтобы как можно лучше проанализировать способы передачи модальности при переводе аннотаций к медицинским препаратам с английского языка на русский.

Для выполнения поставленной цели были поставлены следующие задачи: 1) дать определение категории модальности; 2) проанализировать научную литературу по проблеме данного исследования; 3) выявить основные способы передачи модальности; 4) дать характеристику способам перевода; 5) выявить случаи модальности в текстах англоязычных аннотаций к лекарственным средствам; 6) определить основные способы перевода модальности в текстах аннотаций; 7) сделать выводы по результатам исследований.

Материалом для данного исследования явились около пятидесяти аннотаций на английском языке к лекарственным препаратам, входящим в группы различных антибиотиков.

В процессе работы использовались следующие методы: метод сплошной выборки, метод лингвистического анализа и описания, метод обобщения.

Результат. Практическая значимость данной работы в том, что материал, отобранный для анализа, а также наблюдения, возникшие в ходе описания, могут быть использованы на практических занятиях по переводу, а также врачами и средним медицинским и фармацевтическим персоналом для перевода аннотаций к иностранным лекарственным средствам.

МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ПЕРЕНОСЫ В ПОДЪЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ

Халныязова Ш.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – преподаватель Барановская А.В.

Современный этап развития лингвистики характеризуется возросшим интересом к динамическим аспектам языка, так и переходом к антропоцентрической лингвистике, которая изучает язык в тесной связи с человеком, его сознанием, мышлением, различными видами деятельности. В кругу предметов, вызывающих научный интерес, находится изучение когнитивных и культурных аспектов образной системы метафорических значений и их реализация в частных оценках.

Целью данной работы является исследование механизмов метафоризации как вида семантического образования единиц общелитературного языка и языка специальности.

Исследуя механизмы метафоризации можно отметить, что здесь не следует обязательно искать общих схем, свойственных словарным определениям двух слов. Речь идет скорее об общих ассоциациях, зачастую трудно определяемых. [1]

Безусловно, метафора представляет собой универсальное явление в языке, однако особое место она занимает в сфере научной коммуникации: термины, образованные посредством метафорического переноса значения, выполняют в исследовательской деятельности когнитивную (познавательную) функцию.

В литературе, посвященной термину-метафоре, рассматриваются вопросы развития концепции научной метафоры, ее функции в специальном тексте, механиз-

мы метафоризации, выявляется терминологический потенциал лексики для языка специальности.

Можно констатировать, что именно метафорические переносы особенно активно затронули медицинскую терминологию, но встречаются и термины, образованные путем метонимического переноса.

Основной тенденцией метафорического образования терминов является антропонимизация, которая подразделяется на несколько достаточно больших групп.

Метафорические переносы в подязыке медицины подчиняются жесткой закономерности и осуществляются в определенном направлении от семантической сферы к другой. Одинаковые термины-метафоры встречаются в различных разделах медицины.

Термины лексико-семантического образования, отличаясь от терминов других способов образования, обладают качествами, нужными для функционирования терминов в терминосистеме: запоминаемостью, усвояемостью в системе, способностью указывать на связь общеупотребительных и специальных понятий. [2]

Можно сделать вывод, что исследования видов метафор помогает выявить общее направление развития метафорических значений.

Литература:

1. Телия, В.Н. Метафора в языке и тексте М.: Наука, 1988.
2. Прохорова, В.Н. Русская терминология М., 1996.

ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Харевич Н.Р., Данилова Е.А., Казанович Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – проф., д.м.н. Тищенко Е. М.

Профессиональное самоопределение – это выбор молодежью своего профессионального пути и построение профессиональной карьеры.

Цель работы. Определение мотивации профессиональной деятельности студентов старших курсов лечебного факультета ГрГМУ.

Материалы и методы. Исследование основано на данных анкетного анонимного опроса студентов УО «Гродненский государственный медицинский университет». В опросе участвовали 222 студента 5 курса лечебного факультета, что составляет 80% от их общего количества. Опрос проведен осенью 2010 года.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных девушки составили 176 (79%), юноши – 46 (21%). Возраст большинства респондентов находился в пределах 21-26 лет, средний возраст $22,1 \pm 1$ лет. Каждый седьмой опрошенный замужем или женат. Студенты, проживавшие в городе до поступления в медицинский университет, составили 76,9%, проживавшие в сельской местности – 13,5% и студенты, проживавшие в городском поселке – 9,6%.

При оценке по пятибалльной шкале пунктов мотивации профессиональной деятельности были получены показатели: – внутренней мотивации = (оценка удовлетворения от самого процесса и результата работы + оценка возможности наиболее полной самореализации именно в данной деятельности)/2: для девушек – 4,44, для юношей – 4,67; – внешней положительной мотивации = (денежный заработок + стремление к продвижению по работе + потребность в достижении социального престижа и уважения со стороны других)/3: девушки – 3,95, юноши – 4,22; – внешней отрицательной мотивации = (стремление избежать критики со стороны руководителя или коллег + стремление избежать возможных наказаний или неприятностей)/2: девушки – 3,39, юноши – 3,0. Таким образом, среди юношей и девушек соотношение мотивационных комплексов следующее: внутренняя мотивация > внешняя положительная мотивация > внешняя отрицательная мотивация.

Выводы. Среди юношей и девушек оказались наилучшие мотивационные комплексы. Для респондентов наиболее важными стали: удовлетворение от самого

процесса и результата работы, возможность наиболее полной самореализации именно в данной деятельности.

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ

Хлистовский А.М., Рогачевский А.А., Сайко М.И., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н., доц. Леднева И.О.

Борьба со злокачественными новообразованиями – одна из важнейших проблем современной медицины и биологии. Злокачественные опухолевые заболевания, согласно данным мировой статистики, занимают второе место среди причин смерти. Неясность этиологии и патогенеза злокачественных неоплазий, отсутствие радикальных средств, излечивающих онкологических больных, выдвигают на первый план задачу максимального использования имеющихся в наличии средств лечения. Наряду с общепринятыми методами лечения – хирургическим и лучевым – в последнее время все большее значение приобретает лекарственное лечение (использование антиоксидантных препаратов) злокачественных опухолей, которое начало развиваться около 30 лет назад.

В каждой клетке нашего организма каждое мгновение происходят с той или иной скоростью бесконечные процессы распада и синтеза, процессы восстановления и окисления различных групп химических веществ. Среди этих миллиардов химических превращений происходит образование некоторых химических веществ, которые по тем или иным причинам не окислились или не восстановились до конца. Эти вещества, состоящие из особых групп атомов или молекул, имеют очень высокую реакционную способность, так как содержат не спаренные (не прореагировавшие) электроны на внешних электронных уровнях. Эти группы атомов и молекул получили название свободные радикалы.

Механизм индукции опухолей свободными радикалами: свободные радикалы повреждают хроматин, ДНК, мембраны, изменяют регуляцию внутриклеточного кальция. Свободные радикалы могут также проявлять мутагенные свойства, связанные с нарушением структуры молекул ДНК и рибосомной РНК, вызывая изменения наследственной информации и развитие онкологических заболеваний.

Антиоксиданты – большая группа биологически активных соединений, широко распространенных в природе. К числу наиболее известных антиоксидантов относятся токоферолы и токотриенолы (витамин Е), каротиноиды (провитамин А) и витамин С.

Спектр биологического действия антиоксидантов весьма разнообразен и обусловлен, в основном, их защитными функциями, выраженными в способности связывать свободные радикалы (активные биомолекулы, разрушающие генетический аппарат клеток и структуру их мембран) и уменьшать интенсивность окислительных процессов в организме, таким образом нейтрализовывать их негативное действие.

Разрушение клеток в результате воздействия свободных радикалов вместе с другими факторами, если их не нейтрализовать антиоксидантами, может привести к развитию ряда хронических заболеваний, включая онкологические.

Литература:

1. Шапот, В.С. Биохимические аспекты опухолевого роста. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.
2. Морозкина, Т.С. Энергетический обмен и питание при злокачественных новообразованиях / Т.С. Морозкина, Т.С. – Мн.: Беларусь, 1989. – 191 с.
3. Антонеева, И.И. Перекисное окисление липидов и ферментативное звено антиоксидантной системы крови при раке яичников / И.И. Антонеева // Казанский медицинский журнал. – 2006. – № 3. – С. 213-215.

РИСК ПАДЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЖИТЕЛЕЙ Г. ГРОДНО

Хомбак М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Кежун Е.Н.

Падение у лиц старших возрастных групп – существенный фактор риска остеопоротических переломов. Именно при падении отмечается 95% всех переломов шейки бедра, 75% – шейки плеча, 95% – лучевой кости и 25% позвонков у этой категории населения. Вместе с тем, риск падения пожилого человека до сих пор не оценивается врачами. Вероятно, это обусловлено не только недооценкой важности падения как существенного фактора перелома у пожилых, но и отсутствие информации о том, что падения в этой группе потенциально предотвратимы, а также о способах диагностики риска падений, и их профилактики [1].

Целью настоящего исследования явилась оценка риска падений у пожилых жителей г. Гродно.

Материалы и методы: методом одномоментного анкетирования произведен опрос 226 лиц в возрасте 65 лет, обратившихся на прием к врачу терапевту в июле 2009 года в поликлиниках № 4 и 6. Из них 147 (65%) были женщины и 79 (35%) – мужчины. Оценка риска падений оценивалась по ряду критериев: анализировались прием психотропных препаратов, количество лекарств, принимаемых пациентом ежедневно, нарушение зрения, физическая активность. Всем пациентам проведен тест «подъем со стула» и тест «на равновесие». Время выполнения теста, составляющее более 10 с, определяемое по скорости подъема пациента со стула (5 раз) без помощи рук так быстро, как это возможно, свидетельствует о снижении мышечной силы в нижних конечностях и является фактором риска падений. Время выполнения теста «на равновесие», составляющее менее 10 с, свидетельствует о снижении способности к балансировке и устойчивости в вертикальном положении.

Полученные результаты. Абсолютное большинство опрошенных были неработающие пенсионеры (96%). Наиболее частыми заболеваниями, встречавшимися у обследованных были АГ – у 62% пациентов, ИБС – у 55%, наличие обеих заболеваний у 40%, СД – у 6,0%. Боли в спине, костях отмечали 42,5% больных. Прием более 4-х лекарственных средств ежедневно имел место у 26,2% пациентов, психотропные препараты принимали 6,8% женщин и 1,3% мужчин, нарушение зрения отмечали более половины опрошенных (60%).

Время выполнения теста «подъем со стула» у женщин в среднем составило $12,08 \pm 5,3$ с, у мужчин – $11,3 \pm 7,0$ с, что свидетельствует о повышении риска падений. При этом время выполнения теста более 10 с отмечалось у 40% женщин и 27% мужчин. Время выполнения теста «на равновесие» у женщин составило – $11,06 \pm 4,1$ с, у мужчин – $13,3 \pm 6,2$ с. Время выполнения теста менее 10 с было у 24,5% женщин и 19% мужчин.

Таким образом, повышенный риск падений имеют около трети опрошенных. Полученные результаты могут быть использованы врачами с целью составления индивидуальных программ профилактики переломов у пожилых пациентов. Падения можно предотвратить путем пересмотра назначаемых препаратов, возможной отмены психотропных препаратов, коррекции зрения и привлечении пациентов к занятиям ЛФК, с обязательным включением упражнений на удержание равновесия [2].

Литература:

1. Дамулин И.В. Падение у пожилых / И.В.Дамулин. – М.: РКИ Северо пресс, 2005. – 40 с.

2. Евстигнеева Л.П. Влияние ЛФК на качество жизни пациентов с остеопорозом, осложненными переломами позвонков / Л.П. Евстигнеева, О.М. Лесняк, Е.В. Негодаева, Г.А. Гусельникова, Е.В. Кожемякина. – IV Российский конгресс по остеопорозу. Тезисы. – С – ПБ, – 210. – С. 55.

ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ

Хомич А.М., Балбатун Е.Я.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – Ёда А.Т.

Проблема взаимоотношений между мужчиной и женщиной не утратила до сегодняшнего дня своей остроты и актуальности. Устойчивость брачно-семейных отношений зависит от готовности молодых людей к семейной жизни. В отношении к браку, к семье произошли серьёзные изменения в современном обществе: возникли новые ролевые и статусные позиции женщины, обусловленные повышением уровня образования, материальной независимостью, карьерным ростом; изменились социальные взгляды и установки на роль мужчин; происходит феминизация общества; по причине физической и психической дисгармонии отношений как социального феномена возросло количество разводов и т.д. В связи с этим существует необходимость изучить отношение обоих полов к институту брака на этапе его возникновения.

Цель: изучить специфику отношения к браку со стороны девушек и парней – студентов Гродненского государственного медицинского университета.

Задачи: 1. Изучить литературу по изучаемой проблеме. 2. Произвести анкетирование. 3. Обработать результаты. 4. Сделать выводы.

Методы: анкетирование (опросник Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман, Е. Н. Дубовская), статистическая обработка данных.

Выборка: В ходе работы было опрошено 80 респондентов, из них 40 юношей и 40 – девушек, студентов ГрГМУ, 3-4 курсов, представители разных факультетов.

Были получены следующие **результаты:**

У 93,5% опрошенных женщин прослеживается негативное отношение к людям, как и у 86,25% мужчин. 98,75% женщин и 97,35% мужчин имеют направленность на удовольствие. 55,38% женщин и 63,35% мужчин не считают, что дети – единственный смысл жизни. 58% женщин и 59,85% мужчин направлены на раздельную деятельность в браке. 99,1% женщин и 98,6% мужчин отрицательно относятся к разводу. Для 65,31% женщин и 75,47% мужчин характерна романтическая любовь. 92,68% женщин и 97,2% мужчин придают важное значение половой жизни. Для 79,81% женщин и 79% мужчин не запретна сексуальная тема. У 76% женщин и 76% мужчин сохранились традиционные представления о роли женщины. 97,5% женщин и 97,2% мужчин расточительно относятся к деньгам.

Выводы. Современные представления молодых людей о браке характеризуются следующими показателями: негативным отношением к разводу, направленностью на удовольствие, пренебрежительным отношением к деньгам, придают большое значение половой активности в браке, прослеживается отрицательное отношение к людям, свобода в сексуальном общении, традиционные представления о роли женщины в семье, отдадут предпочтение романтической любви, не считают, что дети – единственный смысл жизни, направлены на раздельную деятельность в браке. Из полученных результатов видно, что мужчины несколько больше придают значение сексуальной жизни в браке, для них в большей степени характерна романтическая любовь и отрицательное отношение к людям, чем для женщин.

Литература:

1. Алешина Ю. Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1994.

2. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 2000

3. В. И. Слепкова, Т. А. Заeko Психологическая диагностика семейных отношений. Мозырь, 2006.

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СТУДЕНТА-ПЕРВОКУРСНИКА ГРОДНЕНСКОГО МЕДУНИВЕРСИТЕТА

Хонякова Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра физвоспитания и спорта

Научный руководитель – д.м.н., доц. Разницын А.В.

С целью оценки знаний студентов-первокурсников о здоровом образе жизни, проведено анкетирование студентов, поступивших в университет в 2008 и 2009 гг. Всего в анкетировании приняло участие 420 чел. из трех факультетов: лечебного (ЛФ; n=234), педиатрического (ПФ; n=85) и медико-диагностического (МДФ; n=101) (163 в 2008 г. и 257 в 2009 г., из них мужчин было 29 и 67, женщин 134 и 190, соответственно). Средний возраст анкетлируемых колебался от $17,6 \pm 0,2$ (мужчины) до $18,9 \pm 0,3$ (женщины). Поставленные в анонимной анкете вопросы и варианты ответов давали возможность студентам выразить отношение к своему здоровью и занятиям физкультурой и спортом, вредным привычкам, информированности о здоровом образе жизни. Всего в анкете было 19 вопросов.

Свое положительное отношение к здоровому образу жизни (ЗОЖ) стопроцентно оценили все первокурсники 2008 г. Отношение к ЗОЖ поступивших в 2009 г. было более скептическим: максимально положительное отмечено у женщин ЛФ – 93,5% и у мужчин педиатров – 90,2%. Неопределенное отношение высказали 33% студентов и 12,3% студенток МДФ. Отрицательных ответов не зарегистрировано.

Наиболее активную позицию к занятиям физкультурой для себя занимают студенты-педиатры (75 %) и женщины лечебного факультета (41,5 %). Меньше всего уделяют этому важному компоненту здорового образа жизни женщины МДФ (26 %) и мужчины лечебного факультета (55,1 %). Более оптимистично на этот вопрос в 2008 г. ответили все студенты вышеперечисленных факультетов.

Активное занятие спортом подтвердило в 2009 г. 58,3 % мужчин-педиатров и 23 % женщин МДФ. Не занимаются спортом 29,1 % студенток ЛФ и 33% студентов МДФ. На этот же вопрос в 2008 г. студенты ответили почти идентично.

Из вредных привычек студенты обоих полов указывали на употребление алкоголя и курение. Спиртное употребляют 74,4% студентов-мужчин ЛФ, в среднем с $15,4 \pm 1,3$ лет (в 2008 г. 81,8 % – с $15,8 \pm 0,92$ лет), 91,7 % студентов-педиатров с $14,6 \pm 2,4$ лет (в 2008 г. 100% и с $17,0 \pm 0,56$ лет), 100% студентов МДФ с $14,9 \pm 2,3$ лет (2008 г. 78,5% с $15,8 \pm 0,56$ лет). У женщин ЛФ употребляют алкоголь 62,3% с $15,3 \pm 1,52$ лет (в 2008 г. 62,3% с $15,9 \pm 0,1$ лет), женщины – будущие педиатры – 89% с $15,2 \pm 2,0$ лет (77,7% с $16,2 \pm 0,4$ лет), студентки МДФ 82,1% с $15,9 \pm 1,2$ лет (2008 г. 78,5% с $15,8 \pm 0,6$ лет).

Курят 46,5% студентов ЛФ, в среднем с $16,0 \pm 1,04$ лет (2008 г. – 27,3% с $17,6 \pm 0,8$ лет). 58,3 % студентов ПФ с $15,1 \pm 2,5$ лет (2008 г. – 16,7% с $17,2 \pm 0,0$ лет). 75 % студентов МДФ с $14,8 \pm 3,2$ лет (2008 г. – 28,6% с $13,5 \pm 2,2$ лет. Женщин ЛФ, которые курят, 27,9 % и начали они курить с $14,7 \pm 1,4$ лет (2008 г. – 11,6% с $15,5 \pm 0,4$ лет), студентки ПФ – 47,5 % с $15,5 \pm 1,9$ лет, (2008 г. – 7,4 % с $16,0 \pm 1,4$ лет), студентки МДФ – 35,9 % с $16,2 \pm 1,2$ лет (2008 г. – 13,9 % с $16,5 \pm 0,7$ лет).

В 2008 г. все 100% опрошенных студентов первого курса отрицали употребление наркотиков. Среди первокурсников 2009 г. указали на редкое употребление наркотиков 4 студента (2 студента ЛФ и 1 студент МДФ; 1 студентка педиатрического факультета).

Таким образом, анализ анкетных ответов первокурсников ГрГМУ двух последних поступлений дает серьезные размышления о недостаточно эффективной работе общества по внедрению в сознание молодых людей здорового образа жизни.

Литература:

1. Савицкая, О.В. Отношение студентов к физической культуре и здоровому образу жизни /О.В.Савицкая //Физ. культура, спорт, здоровый образ жизни в XXI веке: тез. докл. Межд. науч.-практ. конф (9-10 декабря 2009 г.)/ Под ред. Трифонова В.В.- Могилев: УО «МГУ им. А.А.Кулешова», 2009. – С.148-149.

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хоров А.О., Угляница Н.К., Гриб А.К., Гаврон Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Угляница К.Н.

Актуальность. Доминирующим методом лечения больных раком молочной железы (РМЖ) остается хирургический. Вместе с тем, после радикальных операций у 35-45% больных выявляются послеоперационные осложнения: воспалительные, длительная лимфорея, болевой синдром, ограничение подвижности, лимфедема руки и др. Перспективным методом профилактики и лечения таких осложнений является внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), которое применяется в послеоперационном периоде. Анализ литературных данных позволяет предположить, что использование ВЛОК перед операцией у больных РМЖ может быть более эффективным способом профилактики послеоперационных осложнений.

Цель работы: оценка эффективности предоперационного ВЛОК у больных РМЖ.

Материалы и методы. 23 больным первичным РМЖ II-III стадии в возрасте 30-60 лет в предоперационном периоде ежедневно проводились сеансы ВЛОК одно-разовым световодом на отечественном аппарате «Люзар-МП» красной области спектра мощностью на выходе 1,5-2мВт и длиной волны 0,67 Мкм. Длительность сеанса 30 минут, всего 5 процедур. После 5 процедуры выполнялась радикальная операция на молочной железе. Контрольную группу составили 25 пациенток первичным РМЖ сопоставимые по возрасту и распространенности опухоли, лечение которых начиналось с операции. В предоперационном периоде пациенткам обеих групп проводилась однотипная синдромальная терапия. В динамике оценивались клинические данные, показатели общеклинических и биохимических анализов.

Результаты. Установлено, что неоадьювантное ВЛОК оказывает, в сравнении с контрольной группой, позитивное влияние на состояние пациенток, что проявлялось в улучшении их общего самочувствия и более ранней адаптации. Послеоперационных осложнений и побочных реакций на ВЛОК не было. Четко прослеживается положительное влияние ВЛОК на течение раневого процесса. После лазерного облучения крови выявлена тенденция к более раннему заживлению ран, снижение продолжительности лимфорей (на 2,3 суток) и количества отделяемой лимфы (за сутки в среднем на 52 мл). В контрольной группе у 2 пациенток отмечено развитие воспалительного инфильтрата в ране, у 3 – зарегистрирована длительная лимфорея (более 35 суток). Продолжительность стационарного лечения у пациенток, получавших ВЛОК, составила 15,5 суток, в контрольной – 21,0. Клинико-биохимические показатели в динамике у пациенток в сравниваемых группах существенно не различались.

Обсуждение. ВЛОК в неоадьювантном режиме у больных РМЖ оказывает положительное влияние на общее состояние пациенток, способствует снижению количества ранних местных и общих послеоперационных осложнений, что позволяет сократить длительность пребывания пациенток в хирургическом стационаре и способствует более раннему началу адьювантной химиотерапии и/или лучевого лечения. Использование ВЛОК на предоперационном этапе не удлиняет сроков лечения, поскольку сеансы проводятся параллельно с дообследовани-ем и коррекцией сопутствующей патологии у пациенток. Простота применения, отсутствие побочных эффектов, а также клиническая и экономическая эффективность позволяют рекомендовать применение ВЛОК в предоперационном периоде при хирургическом лечении больных РМЖ.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ И ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хоров А.О., Гриб А.К., Якубцевич Р.Э.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Углыница К.Н.

Актуальность. Прогностически неблагоприятной формой рака молочной железы (РМЖ) является местнораспространенный рак (МРМЖ). Современная концепция рассматривает МРМЖ как системный процесс с одновременным местным ростом и генерализацией опухоли. Следовательно, и первый этап лечения должен носить системный характер и направлен на подавление или ликвидацию возможных микрометастазов, а также циторедукцию первичной опухоли лекарственным воздействием. В настоящее время общепризнанным методом лечения МРМЖ является предоперационная (неoadъювантная) полихимиотерапия (НПХТ), эффективность которой неоднозначна. Для улучшения результатов лечения больных МРМЖ нами предложено сочетанное использование НПХТ и внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК). Предполагается, что ВЛОК в сочетании с НПХТ будет способствовать повышению противоопухолевой резистентности организма, цитотоксического действия химиопрепаратов и уменьшению их побочных эффектов.

Цель: оценка эффективности сочетанного применения ВЛОК и НПХТ у больных РМЖ

Материалы и методы. В исследование включены 25 пациенток первичным РМЖ (T2-4N0-3M0) возрасте от 27 до 60 лет. Началу НПХТ предшествовала трепанобиопсия опухоли для верификации диагноза, оценки гормонального статуса и уровня Her-2/neu. НПХТ проводилась по схеме CAF – циклофосфан 500 мг/м², доксорубин 50 мг/м² и 5-фторурацил 500 мг/м² (в среднем 3 курса с интервалом 3 недели). После введения химиопрепаратов выполняли ВЛОК на отечественном аппарате «Люзар–МП» (красная область спектра, мощность на выходе 1,5-2мВт, длина волны 0,67 Мкм) ежедневно одноразовым световодом (экспозиция 30 мин., всего 5 процедур). После курсов выполнялась мастэктомия по Маддену. В динамике оценивались клинические данные, показатели клинико-биохимических анализов, клеточного и гуморального иммунитета, а также изучался лечебный патоморфоз.

Результаты. Применение ВЛОК на фоне курсов НПХТ способствовало лучшей переносимости пациентками лекарственного лечения. Наблюдался более высокий субъективный статус, были менее выраженными эметогенные и другие осложнения химиотерапии. Критический уровень лейкопении не зарегистрирован. Выявлено положительное влияние курсов ВЛОК на систему иммунитета в виде увеличения количества Т-лимфоцитов и усиления их пролиферативной и киллерной активности. Отмечена оптимизация функциональной деятельности основных систем организма и более ранняя нормализация гематологических и биохимических показателей. При лазерной гемотерапии снижалось число послеоперационных осложнений преимущественно за счет уменьшения осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта и операционной раны. Патогистологическое изучение операционного материала у пациенток после ВЛОК и НПХТ показало усиление лечебного патоморфоза опухоли в виде дистрофических и некротических изменений опухолевых клеток, дезинтеграции опухолевого пласта, появления гигантских многоядерных клеток и фиброза, отека, стаза и облитерации просвета сосудов, дезорганизации коллагеновых волокон в строме опухоли.

Выводы. Таким образом, сочетанное использование ВЛОК и НПХТ у больных МРМЖ хорошо переносится пациентками, способствует уменьшению типичных осложнений химиотерапии, повышает противоопухолевую резистентность организма и усиливает, по данным лечебного патоморфоза, цитотоксический эффект химиопрепаратов. Доступность, воспроизводимость и эффективность ВЛОК дает основания рекомендовать его для применения в онкологических стационарах в комплексном лечении МРМЖ.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Храмченко Н.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Станько Э.П.

Актуальность. Стремительное распространение наркомании в сочетании с алкогольной зависимостью и табакокурением представляет реальную угрозу для выживания и развития нации. В Беларуси средний возраст больных с наркотической и алкогольной зависимостью составляет 15-25 лет. Наркомания (от греч. *narco* – оцепенение, усыпление, онемение и *mania* – страсть, влечение) – это болезнь, характеризующаяся тотальным поражением личности, сопровождающаяся расстройством психики, приводящая к физическому и моральному распаду. Больной постепенно утрачивает чувство собственного достоинства, самоуважения, теряет друзей, семью, не может приобрести профессию, бросает работу, вовлекается в преступную среду. В результате приносит горе себе, семье и окружающим. Наконец, он медленно, но неотвратимо разрушает свое тело. Алкогольная зависимость – хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками и характеризующаяся психической и физической зависимостью от алкоголя и приводящая к нарушению психического и физического здоровья, также к социальной дезадаптации.

Целью исследования является оценка выраженности психопатологической симптоматики у больных с алкогольной и наркотической зависимостью для проведения дифференцированного лечения, направленного на повышение его эффективности.

Материал и методы. Обследованы 20 пациентов отделения неотложной наркологии УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология». Из них 10 больных с алкогольной зависимостью в возрасте $34,1 \pm 0,36$ и 10 – с наркотической зависимостью в возрасте $28,8 \pm 0,016$. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнительным – экспериментально-психологический и статистический.

Результаты. Установлено, что у больных с алкогольной зависимостью показатели соматизации ((греч. *soma*, *somatos*, тело) – патоморфоз некоторых психических болезней, при котором вегетативные расстройства преобладают над психопатологическими – составили 1,38, обсессивности-компульсивности – 1,3, межличностной тревожности – 1,27, депрессивности – 1,22, тревожности – 1,28, враждебности – 1,37, фобии – 0,81, паранояльности – 1,73. Общий индекс тяжести по шкале SCL90R – 1,37.

У пациентов с наркотической зависимостью показатели соматизации составили 2,02, обсессивности-компульсивности (расстройство, характеризующееся наличием навязчивых идей и стремлений) – 1,38, межличностной тревожности – 1,36, депрессивности – 1,74, тревожности – 1,55, враждебности – 1,42, фобии – 0,88, паранояльности (преувеличенное недоверие к другим, которое не основано на фактах) – 1,31. Общий индекс тяжести по шкале SCL90R составил 1,5.

Выводы. Психопатологические признаки наблюдались как у больных с алкогольной, так и наркотической зависимостью. Однако выраженность психопатологической симптоматики доминировала у больных с наркотической зависимостью, что оказывало влияние на течение заболевания и эффективность проводимой терапии. Поэтому одной из задач лечения больных с наркотической зависимостью является оказание комплексной психофармакологической помощи, включая психотерапевтическое клиент-центрированное воздействие и проведение психокоррекционных мероприятий.

Литература:

1. Психиатрия и современное сообщество // «Минсктиппроект» 2009г.
2. Лисецкий К.С., Березина С.,В., Психологические основы профилактики наркомании в семье. Самара 2001г.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН И ИСХОДЫ РОДОВ

Храмченко Н.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Гурин А.Л.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) (dis-нарушения, plasia-развитие, образование) – нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах, генетически детерминированное состояние, характеризующееся дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфо-функциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогрессирующим течением.

Генерализованный характер поражения соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс репродуктивной системы не может не отразиться на течении беременности и родов.

Цель исследования. Изучение влияния дисплазии соединительной ткани на течение родов и наличие каких-либо минимальных проявлений у детей данных женщин.

Материалы исследования. В основную группу вошли 13 первородящих женщин в возрасте от 18 до 32 лет с внешними и висцеральными фенотипическими маркерами дисплазии соединительной ткани из отделения патологии беременных Гродненского областного клинического перинатального центра. К внешним проявлениям «слабости» соединительной ткани относились астеническое телосложение, особенности строения скелета и связочного аппарата. За висцеральные фенотипические маркеры дисплазии соединительной ткани принимались аномалии развития сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, варикозное расширение вен нижних конечностей.

При анализе историй родов раннее излитие околоплодных вод, ручное отделение плаценты и дефект плаценты (преждевременное созревание плаценты, плацента с петрификатами, со сгустками крови) было выявлено у 31% женщин, кесарево сечение проводилось в 46% случаев, у 38,5% женщин выявлена анемия легкой степени, угроза прерывания беременности в III триместре была у 31% родильниц, поздние гестозы наблюдались у 38,5%, родовозбуждение и эпизиотомия проводились у 23% женщин. Все роды были срочные. Средняя масса плаценты в среднем составила 620 граммов. Средняя продолжительность безводного периода составляет 8 часов 30 минут. Длительность пребывания в стационаре рожениц составила в среднем около 9 – 10 дней.

При анализе историй новорожденных средняя масса родившихся детей составляет около 3200 граммов. У всех детей, родившихся от матерей с ДСТ, имеется тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Группы риска по реализации внутриутробной инфекции составляют 50%, по перинатальному поражению ЦНС – 42,95%, гипогликемии – 21,4%, неонатальная желтуха – 21,4%, двигательная и мышечная (ригидность приводящих мышц бедра) слабость – 35,7%, бочкообразная грудная клетка – 50%, врожденные пороки почек – 7%.

Вывод. У женщин, имеющих признаки проявления дисплазии соединительной ткани, беременность и роды протекали с незначительными осложнениями. Все дети данных родильниц имеют в анамнезе тугое обвитие пуповины вокруг шеи, а также отнесены в одну или несколько групп рисков. Однако связь генетически предопределенного дефекта соединительной ткани с возникновением указанной акушерской и перинатальной патологии пока не нашла должного объяснения.

Литература:

1. Нечаева Г., Викторова И., Друк И. Дисплазия соединительной ткани //«Врач» 2001г №1 с.19-23.
2. Савельев С.В., Титченко Л.И., Гришин В.И., Яковлева Н.И. //«Акушерство и гинекология» 2001г.№4

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

Храмченко Н. Д., Голикова О. О., Яцукевич В. Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – ассист. Бутолина К.М.

В настоящее время рак тела матки (РТМ) является одной из наиболее распространенных форм злокачественных опухолей у женщин в развитых странах мира. В Республике Беларусь в 2006 г. удельный вес РТМ в структуре женской онкопатологии составил 6,7% и занимал 4-е ранговое место после рака молочной железы, рака кожи и рака желудка. Пик заболеваемости РТМ в разные временные промежутки регистрировался в возрастных группах 55–59 лет и 60–64 года. За последние 35 лет число женщин, страдающих РТМ, выросло в 4,5 раза. При этом наибольший рост заболеваемости отмечен в возрасте 75 лет и старше [1].

Цель настоящего исследования – клинико-морфологический анализ наблюдений РТМ по данным вскрытий УЗ «ГОПАБ» за период с 2005 по 2009 гг.

За исследуемый период с диагнозом РТМ было вскрыто 18 женщин в возрасте от 52 до 85 лет. Средний возраст составил 70,9 лет. При этом 15,4% умерших были в возрастной категории 50–59 лет, 23,1% – 60–69 лет, 38,4% – 70–79 лет и 23,1% – старше 80 лет.

У 4 (22,2%) пациенток РТМ диагностировался на pT1 стадии, у 12 (66,7%) – на pT2 стадии, у 2 (11,1%) женщин – на pT3 стадии. Метастазы в регионарные парааортальные лимфоузлы выявлены в 10 (55,6%) случаях. Гематогенные метастазы имелись у 8 (44,4%) женщин и локализовались в легких, печени, левом яичнике, левой почке, головном мозге. В 2 (11,1%) случаях отмечался канцероматоз брюшины и плевры. Среди гистологических форм в 16 (88,9%) случаях отмечалась эндометриоидная аденокарцинома, которая в 10 (55,6%) наблюдениях была высокодифференцированной, а в 6 (33,3%) случаях – умеренно дифференцированной. В 2 (11,1%) случаях диагностирован недифференцированный рак.

У 10 (55,6%) умерших РТМ выявлен при последней госпитализации. Всем женщинам была выполнена экстирпация матки. Среди причин смерти в этой группе отмечены следующие. В 1 случае смерть 67-летней больной наступила от острой сердечной недостаточности вследствие острого инфаркта миокарда. У 2 (11,1%) женщин 74 и 75 лет в послеоперационном периоде развился инсульт, а в последующем – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). В 4 (22,2%) наблюдениях ТЭЛА развилась на фоне хронической ишемической болезни сердца и хронической сердечной недостаточности. В остальных случаях причиной смерти явилась раковая интоксикация. 4 (22,2%) пациентки умерли от рецидива РТМ спустя 3–4 года после комбинированного лечения. Смерть этих женщин наступила от интоксикации, обусловленной прогрессированием опухолевого процесса, а в одном наблюдении – от ТЭЛА вследствие тромбоза нижней полой вены.

В 2 (11,1%) случаях РТМ был обнаружен у умерших на дому. Смерть одной из женщин наступила от мозговой комы, обусловленной метастазом РТМ в головной мозг. Во втором наблюдении рост опухоли привел к развитию гнойного цистита, пиоуретеронефроза и гнойничкового нефрита.

У 2 (11,1%) женщин РТМ входил в состав первично-множественных опухолей. В 1 случае больная умерла от рака легкого (плоскоклеточный рак) спустя 3 года после экстирпации матки по поводу РТМ (эндометриоидная аденокарцинома). У второй больной синхронно были выявлены РТМ и рак восходящей ободочной кишки.

Таким образом, рак тела матки чаще выявлялся у пожилых больных на 1 и 2 стадии заболевания. Однако возраст пациенток и выраженная сопутствующая патология в трети случаев утяжеляли течение заболевания и способствовали летальному исходу.

Литература:

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В.Залуцкий [и др.]- Минск: Зорны верасень, 2006. – 207 с.

НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Худовцова А.В., Шепелевич А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии № 2

Научный руководитель – к.м.н., доц. Хоха Р.Н.

Бронхиальная астма у детей является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний легких. В настоящее время она является глобальной проблемой мирового здравоохранения, так как в мире насчитывается около 300 млн. лиц, страдающих данной патологией и нет тенденции к ее уменьшению [1].

В последние годы в структуре патологии у детей и подростков значительную роль играют нарушения и состояния, которые связаны с дисплазией соединительной ткани. Ее распространенность составляет от 13 до 85,4% [2]. Сочетание бронхиальной астмы с дисплазией соединительной ткани накладывает отпечаток на клинические проявления астмы, ее течение, затрудняет ее диагностику.

Цель: изучить частоту встречаемости фенотипических признаков синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей, страдающих бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Обследован 21 ребенок с бронхиальной астмой обоего пола. Средний возраст детей составил $11,22 \pm 0,44$ года. Длительность заболевания бронхиальной астмой – от 1 до 6 лет.

Верификация диагноза «Бронхиальная астма» и обследование детей осуществлялась в соответствии с Клиническим протоколом диагностики и лечения бронхиальной астмы, утвержденным Приказом МЗ РБ от 23.02.2006г. за № 122; верификация диагноза «Недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ)» проводилась по внешним и внутренним фенотипическим признакам. По показаниям дети осматривались ЛОР-врачом, ортопедом, офтальмологом, неврологом.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования у 63% детей установлена легкая степень тяжести астмы, у 37% – среднетяжелое течение.

Наиболее характерными фенотипическими признаками НДСТ у обследованных больных явились: долихостеномия у 76%; бархатистая кожа у 67%; плоскостопие у 52%; голубые склеры у 61%; скошенные книзу глазные щели у 42%; аномальная форма желчного пузыря у 76%; аномально расположенные хорды левого желудочка у 38%; гастроэзофагальный рефлюкс у 19%; пролапс митрального клапана I ст. у 48%; дуодено-гастральный рефлюкс у 4%.

Выводы:

1. Дети с бронхиальной астмой имеют признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани.
2. Наиболее частыми из внешних признаков является долихостеномия, бархатистая кожа, голубые склеры, плоскостопие.
3. Наиболее частыми внутренними фенотипическими признаками НДСТ являются аномалия формы желчного пузыря, пролапс митрального клапана I ст., аномально расположенные хорды левого желудочка, гастроэзофагальный рефлюкс.

Литература:

1. Детская алергология: руководство для врачей / А.А. Баранов [и др.]; под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – Москва, 2006. – 688 с.

2. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – Москва, 2009. – 714 с.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ

Цырибко М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ровбуць Т.И.

Болезни органов дыхания у новорожденных занимают значительное место в структуре заболеваемости и смертности детей первого года жизни [1]. В настоящее время в связи с профилактическим направлением медицины является актуальным изучение факторов, влияющих на возникновение врожденной пневмонии, и мер, направленных на снижение заболеваемости детей, рожденных с данной патологией [1, 2].

Цель исследования: оценить влияние различных факторов во время беременности на развитие врожденной пневмонии у детей и динамику их заболеваемости в течение первых 5-ти лет жизни.

Материал и методы исследования. Методом случайной выборки на базе детской поликлиники г. Пинска Брестской области проведен анализ 50 историй развития детей (ф.112/у), родившихся с врожденной пневмонией. С целью формирования контрольной группы дополнительно проанализированы 50 историй развития детей, родившихся здоровыми. В основной и контрольной группах изучена динамика заболеваемости детей в первые 5 лет после рождения.

Результаты исследования и их обсуждение. От матерей, страдающих никотиновой зависимостью, в 9 раз чаще рождаются дети с признаками врожденной пневмонии, чем от некурящих матерей ($p<0,05$). Матери детей с врожденной пневмонией в 4,75 раз чаще страдают респираторными заболеваниями во время беременности, в 1,5 раза чаще переносят воспалительные заболевания половых органов. Риск рождения детей с врожденной пневмонией в 1,7 раз выше у женщин с гестационной анемией, хронической фетоплацентарной недостаточностью и в 1,2 раза чаще – с угрозой прерывания. Количество детей с врожденной пневмонией, родившихся недоношенными, составило 28%, в контрольной группе – 4% детей ($p<0,01$). В состоянии легкой и умеренной асфиксии в основной группе родилось 48% детей, в контрольной группе – 26% детей ($p<0,05$). Среди детей, родившихся с врожденной пневмонией, статистически большая часть имела массу тела менее 3 кг, по сравнению со здоровыми детьми ($p<0,001$). Анализ заболеваемости в течение первых 5-ти лет жизни показал, что среди детей, перенесших врожденную пневмонию, общая заболеваемость в среднем составляет 20000‰ в год, что практически в 3 раза выше, чем в контрольной группе (7416‰). Дети, перенесшие врожденную пневмонию, менее подвержены ринофарингиту, гриппу, ларинготрахеитам, но в 1,73 раз чаще болеют острым бронхитом и в 0,85 раз чаще пневмонией. Средняя продолжительность случая заболевания больше в группе детей с врожденной пневмонией ($8,10\pm 0,01$ дня), в сравнении со здоровыми детьми ($6,85\pm 0,01$ дней) ($p<0,05$).

Выводы.

1. Женщины, родившие детей с врожденной пневмонией, чаще переносили инфекционные заболевания во время беременности, курили, имели осложнения беременности.

2. Общая заболеваемость у детей, перенёсших врожденную пневмонию, в 2,7 раз превышает заболеваемость здоровых новорождённых. Они чаще болеют бронхитами и пневмониями. Средняя длительность лечения детей, перенёсших врожденную пневмонию, в 1,18 раз больше, чем у здоровых детей.

Литература.

1. Таточенко, А.К. Современные аспекты клиники, диагностики, лечения внутриутробных инфекций у новорожденных: учеб.- мет. пособие / А.К. Таточенко. – Минск.: БГМУ, 2007. – 28 с.

2. Duke T. Neonatal pneumonia in developing countries / T. Duke // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. – 2005. – №3. – P. 90.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Цырибко М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ровбутъ Т.И.

Одним из важнейших критериев, определяющих состояние физиологического благополучия организма человека и его продолжительность жизни является функциональное состояние дыхательной системы, ее резервных возможностей [2]. Показатели функционального состояния, в том числе и дыхательной системы, весьма чувствительны к действию неблагоприятных факторов окружающей среды, образу жизни человека, его питанию, вредным привычкам [1].

Цель – провести сравнительную характеристику основных спирометрических параметров внешнего дыхания у детей, в зависимости от региона проживания и особенностей аллергологического анамнеза.

Материал и методы. В июле 2010 года нами было проведено анкетирование и исследование функции внешнего дыхания при помощи спирометра Microlab, производства фирмы Micro Medical Ltd, 143 практически здоровых детей, постоянно проживающих в сельской местности Гродненской (49 детей) и Гомельской областей (99 детей). Группы были сопоставимы по возрастному-половому составу. Средний возраст детей составил $12,05 \pm 2,51$ лет. Исследование проводили на базе детского реабилитационно – оздоровительного центра «Лесная поляна». Анкета заполнялась детьми самостоятельно и содержала вопросы о наличии у ребенка симптомов аллергического заболевания, вредных привычек. Статистический анализ данных производился с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. Значения ЖЕЛ в группах детей не имело статистически значимой разницы. Выявлено достоверное снижение объема форсированного выдоха у детей, проживающих в Гродненском регионе ($p < 0,003$). В то же самое время индекс Тиффно значительно чаще был ниже нормы у детей Гомельского региона (Mann-Whitney U Test: $Z = -4,90067$; $p = 0,000001$). Взаимосвязи между анамнестическими симптомами респираторного аллергоза (кашель, затрудненное дыхание, чихание, заложенность носа), появлением сыпи на теле и параметрами функции внешнего дыхания обнаружено не было. Выявлена отрицательная корреляционная связь наличия в семье домашних животных, таких как куры, свинья, лошадь, корова и ЖЕЛ ($r = -0,2524$; $p < 0,004$), ОФВ ($r = -0,1966$; $p < 0,026$) и ОФВ за 1 сек. ($r = -0,2646$; $p < 0,003$). У детей, курящих чаще одного раза в неделю и имеющих в семье курящих родственников, были значительно ниже значения объема форсированного выдоха, чем у детей, которые курят реже (Mann-Whitney U Test: $Z = 1,83233$; $p = 0,067279$) и не имеют в семье курящих родственников (Mann-Whitney U Test: $Z = 1,688418$; $p = 0,091188$).

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ параметров функционального состояния дыхательной системы показал снижение показателей объема форсированного выдоха у детей, проживающих в Гродненском регионе и индекса Тиффно у детей Гомельского региона. Они чаще содержат домашних животных и в 2 раза чаще курят. Параметры функции внешнего дыхания зависят от частоты и длительности курения детьми и наличия в семье курящих родственников.

Литература:

1. Показания к проведению функциональных исследований у детей и подростков / С.А Ляликов [и др.] МЗ РБ, УО «ГрГМУ». – Гродно, 2009. – С. 26-32.
2. Enright, P.L. How to make sure your spirometry test are of good quality / P.L.Enright // Respir.Care. – 2003. – Vol.48. – P. 773-776.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Цырибко М.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра педиатрии №1

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ровбуть Т.И.

Как и во всем мире, в нашей республике неуклонно растет количество аллергических заболеваний среди детей [1]. В связи с этим является актуальным скрининговое исследование распространенности у детей аллергических симптомов, в зависимости от воздействия различных факторов окружающей среды, с целью раннего выявления причин возникновения патологических процессов [2].

Цель – провести сравнительную характеристику распространенности аллергических симптомов у детей, в зависимости от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды по данным анкетирования.

Материал и методы. В июле 2010 года нами было проведено анкетирование 148 практически здоровых детей, постоянно проживающих в сельской местности Гродненской (49 детей) и Гомельской областей (99 детей) в возрасте от 7 до 15 лет. Средний возраст составил $12,05 \pm 2,51$ лет. Мальчиков в группе было 70, девочек – 78. Исследование проводили на базе детского реабилитационно-оздоровительного центра «Лесная поляна». Анкета заполнялась детьми самостоятельно. Статистический анализ данных производился с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. Результаты анкетирования показали, что дети Гомельской области чаще предъявляли жалобы на наличие аллергических проявлений на коже, респираторных симптомов (кашель, затрудненное дыхание, чихание, слезотечение) без простудных проявлений и температуры, непереносимости пищевых продуктов ($p < 0,05$). В семьях этих детей чаще содержат домашних животных. Дети, проживающие в этом регионе в 2 раза чаще курят. В то же время количество курящих родственников в этих семьях меньше, чем в Гродненском регионе.

По данным корреляционного анализа обнаружена прямая зависимость между наличием у детей повышенной чувствительности на пищевые продукты питания (в основном, на цитрусовые, молочные продукты и сладости) и жалобами на сыпь на коже ($r=0,8463$; $p=0,0001$), кашель ($r=0,1705$; $p=0,038$), одышку и заложенность носа ($r=0,1985$; $p=0,016$). Выявлена достоверная связь между чувствительностью на пыльцу растений и кашлем ($r=0,2191$; $p=0,007$), чиханием ($r=0,1747$; $p=0,034$).

Наличие у детей жалоб на приступы затрудненного дыхания были тесно связаны с курением детей ($r=0,2332$; $p=0,004$) и их членов семьи ($r=0,1989$; $p=0,015$), причем от частоты курения детьми и количества курящих членов семьи эта зависимость возрастала. Обнаружена связь жалоб детей на появление свиста и хрипов в грудной клетке, а также кашля без катаральных симптомов с курением родственников в семье ($r=0,2204$; $p=0,007$) и их количеством ($r=0,2024$; $p=0,014$).

Выводы. Таким образом, наличие начальных симптомов аллергических заболеваний у детей тесно связаны с наличием в семье животных, частотой курения детьми и количеством курящих членов семьи, а также повышенной чувствительностью на такие продукты питания, как цитрусовые, молочные продукты и сладости.

Литература:

1. Галькевич Н.В., Сукало А.В. Состояние педиатрической службы в Республике Беларусь / Экологическая антропология. Ежегодник. – 2007. – С. 95-99.
2. Аллергология. Клинические рекомендации / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. – 2-е изд., испр. и доп. – М. 2009. – С. 110-183.

СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Чернышев Т.М., Самуйлик И.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Польшинский А.А.

Синдром Меллори-Вейса (СМВ) принадлежит к числу остро возникающих заболеваний, которое проявляется выраженным пищеводно-желудочным кровотечением из остро возникших продольных разрывов слизистой оболочки абдоминального отдела пищевода и кардии желудка.

Цель исследования. Определение роли синдрома Меллори-Вейса в структуре острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. В центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК) клиники общей хирургии с 2002 по 2010 гг. находились на лечении 363 больных СМВ, что составило 19,8% от всех пациентов, госпитализированных в клинику по поводу желудочно-кишечных кровотечений. Мужчин было 307 (84,57%), женщин – 56 (15,43%). По возрасту больные распределились следующим образом: до 25 лет – 20 (5,6%); 26–39 лет – 115 (31,6%); 40–59 лет – 182 (50,2%) и старше 60 лет – 46 (12,6%) больных. Кровотечение легкой степени при поступлении диагностировано у 274 (75,5%) больных, средней степени тяжести у 55 (15,2%) и тяжелой степени у 34 (9,3%) больных. Все пациенты госпитализированы в клинику по экстренным показаниям, при этом 187 больных (51,7%) поступили в первые 12 часов от момента возникновения кровотечения, 87 (24,2%) – в сроки от 12 до 24 часов, 48 (13,2%) – от 24 до 36 часов и 41 (11,3%) – позже 36 часов. Доставлены в стационар машиной скорой медицинской помощи 305 (84,1%) больных СМВ, 49 (13,3%) переведены в клинику из других лечебных учреждений, 9 (2,6%) обратились в приемное отделение самостоятельно. Установлено, что у 233 (64,3%) пациентов имели место сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, печени у 89 (24,5%) и органов дыхания у 40 (11,2%). Ранее 20 (5,6%) пациентов лечились неоднократно в стационаре центра ГДК по поводу СМВ.

Результаты. Эндоскопия является ведущим методом в диагностике и лечении острых ГДК. Продолжающееся кровотечение было выявлено у 185 (50,6%), состоявшееся кровотечение имело место у 178 (49,1%) больных СМВ. Разрывы слизистой у 321 (88,5%) больных СМВ локализовались в области пищеводно-желудочного перехода, у 30 (8,3%) в абдоминальном отделе пищевода и у 12 (3,2%) – в области кардиального отдела желудка. Наиболее часто разрывы локализовались на малой кривизне желудка, задних стенках желудка и пищевода, длина их была от 1,5 до 2 см, ширина от 0,2 до 0,5 см. Согласно классификации Н. Bellman at. all. (1974), разрывы 1 степени были у 233 (64,4%) больных, 2 степени у 106 (29,3%) и 3 степени у 24 (6,3%) больных СМВ. Продолжающееся кровотечение у 185 (50,6%) больных с СМВ послужило показанием к проведению эндоскопического гемостаза. У этой группы больных применялись инъекционные методы гемостаза. После выполнения диагностических и лечебных эндоскопий проводилась комплексная гемостатическая, заместительная и симптоматическая терапия, лечение основного и фоновых заболеваний. Рецидив кровотечения, после эндогемостаза развился у 13 (3,7%) больных, что явилось показанием к повторной фиброгастродуоденоскопии и проведению остановки кровотечения с помощью наложения гемостатических клипс. В связи с отсутствием эффекта от проводимого эндоскопического гемостаза и продолжающегося кровотечения оперативному вмешательству подвергнуты 3 (1%) больных, им выполнена лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащих сосудов в области пищеводно-желудочного перехода. Летальных исходов в анализируемой группе больных не было. Разработанные и применяющиеся алгоритмы оказания экстренной помощи больным с острыми кровотечениями из верхних отделов пищеварительного тракта позволяют значительно улучшить результаты диагностики и лечения этой патологии.

ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОРСИНОК ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА

Чернышевич Ю.Н.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – д.б.н., проф. Мацюк Я.Р.

Холестаз – уменьшение поступления в двенадцатиперстную кишку желчи вследствие нарушения её образования, экскреции и (или) выведения [2]. При этом в сыворотке крови пациентов повышается уровень конъюгированного билирубина, активность печёночной фракции щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы, а также уровень общего холестерина и конъюгированных желчных кислот [1]. Установлено, что задержка оттока желчи вызывает атрофические изменения в слизистой оболочке тонкой кишки, последнее проявляется нарушениями процессов пролиферации и дифференцировки эпителиальных клеток кишечника [3]. По данным литературы, число беременных с заболеваниями печени, зачастую сопровождающимися холестазом, постоянно растёт [4]. Сведений о том, как влияет холестаз беременных на тонкий кишечник потомства, развивающийся в этих условиях, крайне мало. Учитывая высокую значимость кишечника в усвоении нутриентов для нужд организма и исходя из вышеизложенного, была поставлена цель изучить влияние холестаза беременных на цитохимические свойства эпителиоцитов ворсинок двенадцатиперстной кишки 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза, экспериментально вызванного на 17 сутки беременности.

Используя гистологические и цитохимические методы исследования, с последующим тщательным морфо- и цитометрическим анализом, было установлено, что активность СДГ в эпителиоцитах опытных животных заметно ниже, нежели в контроле ($0,31 \pm 0,03$ ед.оп.пл. при $0,62 \pm 0,03$ ед.оп.пл. в контроле, $p < 0,05$). Продукты реакции приобретали крупнозернистый характер и располагались преимущественно в апикальном отделе цитоплазмы клетки. Снижена активность НАДН.ДГ ($0,22 \pm 0,01$ ед.оп.пл. при $0,28 \pm 0,01$ ед.оп.пл., $p < 0,05$), однако, не смотря на это, сохранялась полярность распределения продуктов реакции, т.е. в эпителиоцитах последние занимали более широкую зону в апикальном отделе, нежели в базальном. Активность же ЛДГ в эпителии ворсинок опытных крысят наоборот, значительно возрастает в сравнении с контролем ($0,56 \pm 0,06$ ед.опт.пл. при $0,36 \pm 0,02$ ед.опт.пл. в контроле, $p < 0,05$). Продукты реакции становятся также крупноглыбчатыми и сосредоточены главным образом в надъядерной части цитоплазмы эпителиоцитов.

Таким образом, проведёнными исследованиями установлено, что в эпителиоцитах ворсинок двенадцатиперстной кишки 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза, имеет место снижение активности СДГ и НАДН.ДГ и увеличение ЛДГ, что свидетельствует об изменении в эпителиоцитах внутриклеточного энергетического метаболизма, что приводит к нарушению их функциональной активности.

Литература:

1. Барабан О.В., Емельянчик С.В., Зиматкин С.М. // Журн. ГрГМУ.- 2007. – №1. – С. 103-106.
2. Канн В.К. // Росс. журнал. гастроэнт., гепатологии., колопроктологии. – 1997. – Т.7. – № 3. – С. 25-29.
3. Кейзер А.Р. // Мед. журнал Узбекистана. – 1988. – № 4. – С. 51-53.
4. Михальчук, Е.Ч., Мацюк, Я.Р // Журн. ГрГМУ. – 2007. – № 2. – С. 43-45.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВОРСИНКАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 15-СУТОЧНОГО ПОТОМСТВА, РОДИВШЕГОСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА

Чернышев Ю.Н., Киселёва И.А.

Гродненский государственный университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – асс. Чернышев Ю.Н.

Число беременных с заболеваниями печени, зачастую сопровождающимися холестазом, постоянно растёт [3]. Холестаз беременных носит доброкачественный характер [4], но весьма отрицательно влияет на плод [5]. По результатам экспериментов на крысах, стало известно, что холестаз беременных вызывает глубокие изменения внутренних органов у потомства. Такие крысята отличались задержкой физического развития, сниженной массой и резистентностью [2,3]. Известно, что в условиях холестаза имеет место увеличение в крови содержания холестерина, билирубина, щелочной фосфотазы и особенно желчных кислот [1], которые являются единственным специфическим компонентом желчи. Благодаря высокой мобильной способности встраиваться в липидный комплекс мембран, они могут существенно влиять на течение мембранных процессов, функции клеток и органов в целом [3]. В связи с этим была предпринята попытка изучения в эксперименте влияния холестаза беременных, вызванного в период активного фетогенеза, на двенадцатиперстную кишку потомства. Моделируя холестаз на 17 сутки беременности, мы попытались изучить влияние холестаза на особенности и структуру ворсинок двенадцатиперстной кишки 15-суточного потомства крыс.

Применив в комплексе гистологические, морфометрические и статистические методы, установлено, что крысята, родившиеся в условиях холестаза, отставали в развитии, были менее подвижны. Ворсинки двенадцатиперстной кишки отличались полиморфизмом, были меньшей высоты ($187,57 \pm 3,29$ мкм при $203,94 \pm 5$ мкм в контроле, $p < 0,05$). Покрывающий их эпителий был ниже по сравнению с таковым в контроле ($13,7 \pm 0,4$ мкм при $16,84 \pm 0,18$ мкм в контроле, $p < 0,05$). Цитоплазма эпителиоцитов отличалась сниженными оксифильными свойствами, с наличием у апикального полюса мелкогранулярной зернистости. В некоторых эпителиоцитах наблюдались явления микровакуолизации. Щётчатая каёмка тоньше и менее оксифильна. Часто между эпителиоцитами просматривались расширенные межэпителиальные пространства. Ядра эпителиоцитов имели округлую форму, зачастую с явлениями пикноза. Ядерная структура просматривалась достаточно чётко. Бокаловидные клетки встречались реже, нежели в контроле ($7,58 \pm 0,37$ при $10,46 \pm 0,29$ в контроле, $p < 0,005$). Последние имели, как правило, столбчатую форму. Соединительнотканная строма ворсинок опытных животных умеренно отёчна и инфильтрирована лимфоцитами, макрофагами и тканевыми базофилами.

Таким образом, проведёнными исследованиями установлено, что ворсинки двенадцатиперстной кишки крысят, родившихся в условиях холестаза, заметно отстают в развитии, отличаются полиморфизмом, выстилающие их эпителиоциты уменьшены в размерах и отличаются нарушенной структурой.

Литература:

1. Мацюк Я.Р., Зинчук В.В., Кизюкевич Л.С., Михальчук Е.Ч. // Журн. ГрГМУ. – 2007. – №2. – С. 29-31
2. Мацюк Я.Р., Кизюкевич Л.С., Закурдаева М.Н., Михальчук Е.Ч., Можейко Л.А., Емельянчик С.В., Туревский А.А. // Достижения медицинской науки Беларуси. – 2002. – Вып. 7. – С. 133-134
3. Михальчук, Е.Ч., Мацюк, Я.Р. // Журн. ГрГМУ. – 2007. – № 2. – С. 43-45.
4. Шехтман М.М. // Л.: Медицина, – 1987. – 296 с.
5. Plaza F.J., Diaz R.J., Pardo O., Perez C // Rev. Esp. Enferm. Digest. – 1996

ТАЗОВЫЕ БОЛИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Черняк А.С., Жандарова А.К., Кучук Д.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научные руководители – д.м.н., проф. Кажина М.В., к.м.н., доц. Сурмач М. Ю.

Актуальность. Тазовые боли (с локализацией внизу живота, иногда в крестце, прямой кишке, влагалище) могут носить разный характер. Боли могут быть острыми или хроническими, иметь разную этиологию и, соответственно, разные принципы лечения [1, 2, 3].

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости синдрома хронической тазовой боли в популяции женщин активного репродуктивного возраста, установить нозологическую обусловленность тазового болевого синдрома, оценить эффективность применяемых методов диагностики и лечения на амбулаторном и госпитальном этапах, уточнить влияние тазовой боли на некоторые факторы качества жизни женщин.

Материалы и методы. Объектом клинического исследования явились пациентки 18–40 лет с клиникой синдрома острых тазовых болей, поступившие в гинекологическое отделение УЗ «ГКБ №4» г. Гродно по ургентным показаниям (244 случая). Объектом социологического опроса стали женщины активного репродуктивного возраста (18–35 лет), проживающие в Брестской и Гродненской областях (315 человек) и разделенные на контрольную и исследуемую группы по критерию наличия хронического тазового болевого синдрома. Методика исследования заключалась в ретроспективном анализе историй болезни и амбулаторных карт, результатов лабораторных и инструментальных исследований, интраоперационных находок. Проведен анонимный раздаточный социологический опрос со случайным бесповторным отбором на основании добровольного согласия респонденток, использована оригинальная анкета.

Результаты исследования. Установлены наиболее часто встречаемые в клинике нозологические формы, сопровождающиеся тазовым болевым синдромом, определены наиболее рациональные методики диагностики и лечения. Выявлена частота встречаемости хронического тазового болевого синдрома среди женщин репродуктивного возраста, уточнены основные этиологические факторы заболевания, проведена оценка степени влияния хронической тазовой боли на качество жизни женщин.

Выводы. Результаты актуальны для специалистов по общественному здоровью и здравоохранению, медицинской психологии. Могут быть использованы в гинекологической практике: на основе результатов осуществляется разработка алгоритма диагностики и лечения больных с острым тазовым болевым синдромом по программе «хирургия одного дня» на базе гинекологических стационаров, оптимизация протоколов диагностики и лечения больных с хроническим тазовым болевым синдромом.

Литература:

1. Подзолколкова, Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М. Подзолколкова, О.Л. Глазова. – М: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 448 с.
2. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике / Г.А.Савицкий [и др.]; под общ. ред. Г.А.Савицкого. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 144 с.
3. Quality of Life, Pain and Psychological Well-Being in Women Suffering from Gynecological Disorders / Rannestad Toril [etc.] // Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine. – 2000. – Vol. 9. – N. 8. – P. 897 – 903.

СПЕЦИФИКА НЕОЛОГИЗМОВ В АНГЛОЯЗЫЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕКСТАХ

Чесновская Е.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – преп. Савчук Е.М.

Медицина, являясь древнейшей областью человеческой деятельности, имеет уже сложившуюся терминологию. Однако научно-техническая революция, происходящая во всех областях человеческой деятельности, и общественно-политические изменения в жизни народов находят непосредственное отражение в словарном составе современного английского языка. Таким образом, ежегодно медицинская лексика пополняется сотнями новых наименований. Это явление естественное, закономерное и теоретически обусловленное. Появление нового термина является результатом борьбы двух тенденций – тенденции развития языка и тенденции его сохранения. В языке существует довольно сильная тенденция сохраняться в состоянии коммуникативной пригодности, однако для того, чтобы более адекватно отразить, воспроизвести и закрепить новые понятия, идеи, язык и лексика вынуждены перестраиваться, дифференцироваться, порождать новые единицы.

Вопрос пополнения словарного состава постоянно находится в центре внимания исследователей. Становится актуальным изучение того, каким образом человек воспринимает новое в окружающей нас действительности, какие факторы объективного и субъективного порядка приводят к обновлению картины мира. Более того, при условии отсутствия в языке перевода словарного соответствия тому или иному слову подлинника, актуальным становится изучение механизма передачи наиболее адекватным способом основного значения новых лексических единиц, ясное изложение заложенной в них информации. Перевод таких терминов сочетается с обязательным включением толкования понятия или даже справкой, чтобы раскрыть специальный компонент в значении слова.

Таким образом, **цель исследования** – изучение структуры и семантики новых лексических единиц подязыка медицины.

Для решения поставленной цели были выдвинуты следующие **задачи**:

- исследовать различные подходы к определению языкового статуса неологизмов, существующие в современной лингвистике;
- проанализировать продуктивные способы современного английского словообразования.

Объектом исследования являются новые лексические единицы подязыка медицины.

Предмет исследования – словообразовательные особенности неологизмов англоязычных медицинских текстов.

Материалом для данного исследования послужили научно-популярные статьи из специальных медицинских журналов, а также лексикографические источники.

Результатом нашего исследования является описание семантики и словообразовательный анализ терминов, функционирующих в подязыке современной медицины.

ИЗМЕНЕНИЕ МОРФОМЕТРИИ СОСУДОВ И ПЕРИВАСКУЛЯРНОГО ОТЕКА ТКАНЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Чубукова Т.Н.

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической физиологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Угольник Т.С.

С точки зрения современных представлений о патогенезе острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), формирование ишемического повреждения ткани мозга является динамическим процессом. Его детальное изучение может спо-

способствовать проведению эффективного лечения. Одним из современных гистологических методов исследования изменений в органах и тканях является метод морфометрии [1, 2].

Целью данного исследования было изучение изменений в тканях мозга крыс при моделировании ОНМК. В задачи входило изучение морфометрии сосудов и периваскулярного отека тканей мозга крыс в различные сроки после билатеральной окклюзии общих сонных артерий (БООСА).

Методы. Исследование проводилось на 20 беспородных белых крысах-самцах, массой 290–350 г. с соблюдением правил гуманного отношения к животным. Под эфирным наркозом крысам проводили БООСА. В течение 7 суток после вмешательства регистрировали гибель животных. У погибших крыс извлекали головной мозг, после чего готовили гистологические срезы, окрашенные гематоксилином и эозином, по стандартной методике [3]. Препараты анализировали на микроскопе Nikon Eclipse E 2000 (Германия), оснащенном камерой, с использованием ПО MorphoTest 2.0. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью ППП «Statistica 8.0» (Statsoft, USA). Для оценки нормальности распределения показателей морфометрии использовался критерий Шапиро-Уилка, для анализа различий в двух независимых группах – критерий Манна-Уитни (U, Z).

Результаты. После БООСА животные были разделены на две группы по продолжительности жизни: в первую группу вошло 10 крыс, выживших менее 3-х часов, во вторую группу – 10 крыс, выживших 3 и более часа после вмешательства. Были выявлены статистически значимые различия между группами по показателю «периметр сосуда» ($U=22,0$; $Z=-2,117$; $p=0,034$). В первой группе крыс медиана и квартили периметра сосудов составили соответственно 201,022 (167,485; 236,595) мкм. Во второй группе медиана значений по данному показателю и квартили составили соответственно 272,042 (237,299; 355,141) мкм. Выявление таких различий может быть обусловлено набуханием эндотелия в первые часы после ОНМК и его последующей пролиферацией на 1-е, 2-е сутки [1]. Также были выявлены статистически значимые различия между группами по показателю «периметр периваскулярного отека» ($U=23,0$; $Z=-2,041$; $p=0,041$). В группе крыс, выживших менее 3-х часов, медиана значений данного показателя и квартили составили, соответственно, 565,528 (447,754; 649,169) мкм. Во второй группе медиана периметра периваскулярного отека и квартили составили 839,338 (690,729; 887,445) мкм. Данные различия могут быть обусловлены увеличением выраженности нарушений проницаемости сосудистой стенки [1].

Выводы. В ранние сроки (менее 3-х часов) после моделирования ОНМК в тканях мозга крыс начинают происходить изменения периметра сосудов и периваскулярного отека, которые наиболее выражены через 3 и более часов после вмешательства.

Литература:

1. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
2. Автандилов, Г.Г. Компьютерная микроскопия в дифференциальной патогистологической диагностике / Г.Г. Автандилов // Российские медицинские вести. – 2001. – №1. – С.59–61.
3. Основы гистологической техники / В.Г. Елисеев [и др.]; под общ. ред. В.Г. Елисеева. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1967. – 268 с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОТКРЫТОМ АКЦИОНЕРНОМ ОБЩЕСТВЕ «ГРОДНО-АЗОТ»

Чувак Н.М., Веремчук И.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения.

Научный руководитель – доц. Хильмончик Н.Е.

Профессиональные кожные заболевания составляют около 1% от всех кожных заболеваний и среди профессиональных болезней различных органов и систем – более 35%. В последние годы отмечается снижение случаев профессиональных кожных заболеваний, это является результатом расширенной автоматизации, изоляции производственных процессов и качественного обучения управленческого персонала, контролеров и рабочих профилактике профессиональных заболеваний в целом.

Цель. Изучить частоту встречаемости кожных заболеваний в ОАО «Гродно-Азот».

Методы. Выкопировка данных амбулаторных карт.

Нами проведено статистическое исследование заболеваемости кожными болезнями в ОАО «Гродно-Азот». На предприятии в 2010 году работало 9800 человек. При изучении заболеваемости персонала за 2009 и 2010 гг. установлено, что на долю болезней кожи и подкожной клетчатки (L00 – L99) за 2009 год приходится 99 случаев временной нетрудоспособности и 886 дней временной нетрудоспособности, что составляет 5,34% и 2,84%, соответственно, от всех случаев и дней временной нетрудоспособности. На период 2010 года – 99 случаев и 976 дней временной нетрудоспособности, что составило 5,04% и 3,11%, соответственно, от общего числа дней и случаев временной нетрудоспособности.

На диспансерном учете у дерматолога состоит 85 человек, из них 77,65% – мужчины и 22,35% – женщины. Число диспансерных больных составляет 0,867% от общего количества персонала предприятия. По поводу псориаза на учете состоит 61 человек, что составляет 71,76% от числа диспансерных больных; по поводу склеродермии – 4 человека, это 4,71%; по поводу контактного аллергического дерматита – 3 человека, это 3,53%; по поводу атопического дерматита – 10 человек, это 11,76%; по поводу экземы 4 человека – 4,71%; по поводу диффузного нейродермита 3 человека, что составляет 3,53%.

При рассмотрении вредных факторов производства мы выделили основные и наиболее часто встречающиеся, которые могут быть иницирующими при данных кожных заболеваниях: производственный шум – 15,2%, аммиак – 14,68%, высота – 8,19%, взрывоопасные условия труда – 8,19%, воздействие электромагнитных полей электрического оборудования – 7,85%, сосуды под давлением – 6,48%, сера – 6,48%, вынужденная поза – 6,14%, вибрация – 4,44%, производственная пыль – 4,1%, бензол – 4,1%, диоксид азота – 3,41%, оксид углерода – 3,07%, формальдегиды – 2,73%, напряжение зрения – 2,73%, углеводороды – 2,39%. При рассмотрении множества прямых причин профессиональных кожных заболеваний легко можно понять, что практически любая работа имеет явные и скрытые угрозы. Косвенные и предрасполагающие факторы тоже могут заслуживать внимания. Предрасположенность может быть наследственной и связанной с цветом кожи и ее типом, или может представлять собой дефект кожи, приобретенный в результате других воздействий. Некоторые работники имеют пониженную переносимость веществ.

Выводы. Следовательно, можно предположить, что высокий процент диспансерного учета псориаза является следствием не прямого воздействия вредных условий, а как результат их иницирующего действия проявления псориаза. Большей части рабочих удастся избежать профессиональных кожных заболеваний, ведущих к нетрудоспособности, которую обеспечивает сама структура и функция кожи, а частично – ежедневному использованию средств индивидуальной защиты, направленных на уменьшение контактов кожи с вредными веществами на производстве. Также проведение профилактических медицинских осмотров диспансерных больных помо-

гает контролировать заболевание, вовремя назначить соответственное лечение и решение о переводе на производство с меньшей вредностью.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА И СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Чугай А.А., Буйкевич Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н. проф. Нечипоренко Н.А.

Значение магнитно-резонансной томографии (МРТ) в обследовании женщин, страдающих генитальным пролапсом (ГП) и (или) стрессовым недержанием мочи (СНМ), до настоящего времени в полной мере не оценено.

Цель исследования. Изучить информативность МРТ при обследовании женщин с ГП и СНМ и определить значение этого исследования в оценке анатомического эффекта проведенных операций.

Материалы методы. Провели обследование 13 женщин со СНМ и 11 с различными формами ГП до и после хирургической коррекции.

МРТ таза выполняли на томографе GEC 1,5 Тл [General Electric, Milwaukee, WI, USA]. Перед выполнением МРТ мочевого пузыря заполняли 200-250 мл раствора фурацилина. Томограммы выполнялись во фронтальной, сагиттальной плоскостях.

Для оценки степени опущения мочевого пузыря, уретры, стенок влагалища и матки МРТ выполняли на высоте пробы Вальсальвы. степень опущения тазовых органов определяли по смещению их относительно лонно-копчиковой линии.

Все наши больные оперированы. Коррекцию СНМ проводили имплантацией подуретральной синтетической ленты (операция по принципу TVT). Коррекцию ГП проводили с использованием синтетических сетчатых протезов по технике Prolift.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях СНМ на томограммах на высоте пробы Вальсальвы неизменно определялось смещение пузырно-уретрального сегмента вниз и кзади и истончение тканевых, поддерживающих уретру, структур.

О хорошем анатомическом результате петлевой операции по поводу СНМ говорил в случаях, когда на томограммах в сагиттальной плоскости шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры находились на уровне или выше лонно-копчиковой линии.

МРТ отличается высоким качеством изображения не только органов, но и мягкотканых структур тазового дна. кроме того, при выполнении МРТ после операции удавалось оценить положение подуретральной синтетической ленты и сетки, корригирующей статику влагалища.

Вывод. МРТ обладает высокой разрешающей способностью в оценке как анатомического положения органов малого таза, так и состояния тканевых структур, обеспечивающих их статику как до, так и после хирургической коррекции СНМ и ГП.

Литература:

1. Перинеология / В.Е. Радзинский [и др.]; под общ. ред. В.Е. Радзинского. – Москва, 2006. – 330 с.
2. Dynamic MR imaging of pelvic organ prolapse: spectrum of abnormalities / H.K. Pannu [et al.] // Radiographics. – 2000. – Vol. 20. - № 6. – P. 1567-1582.
3. Assessment and grading of pelvic organ prolapsed by use dynamic magnetic resonance imaging / K. Singh [et al.] // Amer. J. Obstet Gynaek. – 2001. – Vol. 185. - № 1. – P. 71-77.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СОРБЕНТОВ В ХИРУРГИИ

Чумичёва М.В., Ославский А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н. профессор Смотрин С.М.

Гнойно-септические хирургические заболевания занимают существенное место среди всех хирургических заболеваний, имеют тенденцию к увеличению с неизменно высоким процентом осложнений вплоть до летального исхода. Наиболее эффективными методами лечения этой весьма распространенной группы больных являются способы физической антисептики - сорбционные повязки. Эффективность перевязочных материалов для лечения ран в значительной степени обусловлена их сорбционными свойствами. Обширные раны продуцируют значительное количество экссудата – до 0,35 мл/см² в сутки. Удаление выделяющегося экссудата с раневой поверхности необходимо для предотвращения обратного всасывания в организм токсичных продуктов распада некротических тканей. Сорбирующая способность раневой повязки зависит от скорости впитывания экссудата и сорбционной емкости перевязочного материала. В случае использования гидрофобных материалов экссудат, не сорбируясь, быстро распространяется под повязкой, способствует мацерации кожи и активизации воспалительного процесса в ране.

Перевязочные средства на основе углеродно-сорбционных материалов чрезвычайно эффективны при лечении ран различной этиологии, профилактике раневой инфекции и гнойно-септических осложнений. Предназначены к применению в общей хирургии, травматологии, комбустиологии, акушерстве и гинекологии, проктологии, стоматологии, отоларингологии и т. д. Сорбирующая повязка – универсальна. На всех фазах раневого процесса обеспечивает высокую эффективность сорбции низко-, средне- и высокомолекулярных соединений, включая продукты белкового катаболизма и протеолиза, бактериальные токсины и микробные клетки. Применение сорбирующей повязки улучшает гемостаз, купирует травматический отек, снижает интенсивность местной и общей воспалительной реакции, предупреждает развитие осложнений, способствует ускорению регенеративных процессов и сокращению сроков заживления раны. Не обладает токсическим, раздражающим и аллергизирующим действием

АУТ-М: медицинский углеволокнистый сорбент обладает следующими преимуществами: не прилипает к обожженной коже; после ожога не оставляет шрамов, не требует вспомогательных медикаментов, подавляет жизнедеятельность микроорганизмов, сорбент очищает поверхность раны, в 1,5—2 раза сокращает срок подготовки раны к закрытию, восстановление больных происходит в 2 и более раза быстрее по сравнению с традиционными методами лечения. Измельченный материал АУТ-М используется в качестве энтеросорбента, а также как наполнитель мазей при лечении ожогов. Используется для лечения ран (в т.ч. послеоперационных), осложненных гнойной и гнилостной инфекцией, с выраженным гнойно-некротическим слоем; гнойно-воспалительных заболеваний; пролежней, ожогов, язв; медленно гранулирующих ран; свищей; гнойных полостей разного происхождения. После стерилизации сорбент АУТ-М представляет собой готовый к использованию продукт. Для применения материал разрезают на куски нужного размера и прикладывают к увлажненной ране. Важно, чтобы черная ткань «прилипла» к ране. Повязку меняют сначала каждые 6-12 часов, после улучшения состояния раны – каждые 2-3 суток.

Литература:

1. Современные методы антисептикотерапии : учеб. пособие для студентов 2-3 курсов и молодых врачей/ Л.Б. Канцалиев[и др.] под общ. ред. Л.Б.Канцалиева.- Нальчик, 2008. – 96с.
2. Абаев, Ю.К. Раневые повязки в хирургии/ Ю.К.Абаев//Медицинские новости. – 2003. - №12. – С. 30-37.

НАЦИОНАЛЬНО-ОСВОБОДИТЕЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ НА ГРОДНЕНЩИНЕ В КОНЦЕ XIX ВЕКА

Шагбутдинов С. Р.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к. и. н., Гресь С. М.

На сегодняшний день проблема действия на территории Гродненской губернии различных политических революционных кружков в конце XIX в., которые принимали непосредственное участие в подготовке революции, мало изучено. В литературе мало освещена роль Гродненской губернии в деятельности народнических кружков и организаций. Проблема актуальна как для истории Беларуси, так и для истории отдельной её территории, Гродненской области.

Цель работы – показать развитие политического противостояния партий и власти, отобразить вклад, который внесли народники в развитие революционного духа крестьян, охарактеризовать и показать всю тяготу политического положения того времени, начальные этапы развития политической мысли и идеи социализма. Также рассказать о некоторых из наиболее интересных фактах из жизни и деятельности народников и народнических организаций[3], проследить пути и темпы развития революционных организаций, в частности, тщательно изучить деятельность и взаимодействие политических партий Гродненской губернии как с другими белорусскими партиями и лагерями, так и с зарубежными[2], охарактеризовать и показать всю тяготу политического положения того времени. При исследовании данных вопросов я изучал материалы архивов, библиотечные материалы. Основываясь на исторических данных и архивных документах, я анализировал деятельность революционеров, изучал историю возникновения и развития политических кружков и партий[4]. Множество людей, таких как И. Плисс, М. Янчевский, А. Слуцкий внесли огромный вклад в распространение буржуазно-демократических настроений среди крестьянства, т.к. промышленность была развита слабо, и крестьянство составляло тогда большую часть населения[1]. Партии, такие как «Черный передел», «Народная воля», «Освобождение труда»[5], все они объединяли людей с одинаковыми планами, но с разными идеями их воплощения. Также нужно отметить, что в те времена армия была оплотом незыблемости самодержавия. Именно поэтому народничество не добилось каких-либо значимых видимых результатов своей деятельности. Но оно заложило прочный фундамент для развития духа сопротивления политике царизма, капитализма и неравноправия.

Литература:

1. Самбук, С. М. Революционные народники Белоруссии (70-е – начало 80-х годов XIX века)/С.М. Самбук/. Мн., «Наука и техника», 1972, стр. 51.
2. НИАРБ в г. Гродно, ф. 366, оп. 1, д. 85, л. 70 об., Гродненское губернское жандармское управление.
3. НИАРБ в г. Гродно, ф. 366, оп. 1, д. 86, л. 22., Гродненское губернское жандармское управление.
4. НИАРБ в г. Гродно, ф. 366, оп. 1, д. 87., Гродненское губернское жандармское управление.
5. НИАРБ в г. Гродно, ф. 369, оп. 1, д. 2, л. 11., Помощник начальника Гродненского губернского жандармского управления в Гродненском, Слонимском и Волковысском уу.

СОЦИО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Шайтарова Е.В., Гутько К.С., Курбат М.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – к.б.н. Веницкая А.Г.

Интернет зависимость – это навязчивое желание войти в Интернет, находясь off-line, и неспособность выйти из Интернета, будучи on-line. По последним данным Американской психологической ассоциации, проблемы с психикой, возникающие в результате работы с интернетом, испытывают от 5 до 10% пользователей сети. Интернет-зависимость активно изучается многими учеными и по результатам разных исследований Н.В. Чудова (2002) создала список черт характерных для человека с интернет-зависимостью, а К. Янг в 2000 г. создал критерии, согласно которым можно определить наличие интернет-зависимости у человека. На вопрос: «Почему у одних людей развивается интернет-зависимость, а у других нет?», существует ответ в виде генной теории интернет-зависимости, по определению которой некоторые люди изначально склонны к приобретению зависимостей вследствие наличия гена DRD2, это так называемый «ген зависимости», выявленный в 1990 году Эрнстом Ноублом. Для изучения некоторых показателей интернет-зависимости мы провели социопрос, с помощью которого можно предположить наличие у человека интернет-зависимости, а также проследить наличие генной предрасположенности. Для проведения данного опроса мы выбрали сайт vkontakte.ru (<http://vkontakte.ru/club21455672>).

Данный опрос прошли 33 человека и мы получили следующие результаты.

На вопрос: «Как давно Вы пользуетесь Интернетом?» более 50% опрошиваемых ответили, что пользуются интернетом уже не первый год и лишь 3 человека (9%) ответили, что пользуются им менее года.

Вопрос: «Сколько времени в день вы проводите в интернете?» дал следующие результаты: около 80 % ответили, что проводят в интернете более 2 часов в сутки, при чем 30% из них не смогли указать точное количество часов проведенных в сети. 30% опрошиваемых проводят в день в интернете не более 2 часов, при чем 9 % из них – менее часа.

На вопрос «Как увеличилось проводимое время в Интернете за последнее время?» практически половина опрошиваемых ответили, что вследствие использования ими безлимитного Интернета они не могут точно сказать, как увеличилось проводимое ими время в сети. Около 20% респондентов отметили, что данное время увеличилось от 2 до 5 часов и 30% – увеличилось не более чем на 1 час.

Вопрос, с помощью которого мы хотели проследить наличие других зависимостей: «Какие зависимости у Вас есть еще?» дал следующие результаты: около 30% опрошиваемых ответили, что не имеют зависимостей, в то время как остальные 70% ответили, что у них имеются зависимости в виде курения, частого употребления алкоголя, а также токсикомания, клубомания, игромания и др.

Вопрос, целью которого было проследить возможную наследственную предрасположенность: «Среди ваших родственников есть люди с зависимостями (никотиновой, алкогольной и др.)?» показал, что практически у половины опрошиваемых среди родственников есть люди с зависимостью, а у остальной половины нет. Причем 6% затруднились ответить в силу различных обстоятельств.

Таким образом, проведенный нами социопрос подтверждает актуальность изучаемого вопроса. По полученным данным мы можем предположить наличие генного фактора (т.е. генов зависимости): т.к. у большей части интернет-пользователей присутствуют другие пристрастия в виде алкогольной, никотиновой и другой зависимости. Однако прямого факта наследственности мы не смогли выявить достоверно, так как получилось 50/50, возможно это связано с ограниченным числом опрошиваемых.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ, РАЗВИВШИХСЯ В ЭПИДЕМИЮ ГРИППА

Шайтарова Е.В., Гутько К.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель – к.м.н. Виноградова Т.А.

За прошедшее столетие пандемии гриппа проходили в 1918, 1957, 1968 годах. Последняя пандемия формировалась в 2009 году. Каждая из них имела свои особенности и общие черты. Наиболее грозным осложнением гриппа является пневмония. В настоящее время в зависимости от возбудителей выделяют первичную (гриппозную) пневмонию, вторичную (как правило, бактериальную) и смешанную (вирусно-бактериальную). Первичная пневмония характеризуется прямым вовлечением легких в патологический процесс, вызванный вирусом, и развивается на 2-3 день после начала гриппа. Вторичная пневмония носит бактериальный характер, развивается в конце 1-й – начале 2-й недели с момента заболевания гриппом и связана с поражением вирусом гриппа эпителиальных клеток трахеи и бронхов, с последующей адгезией микроорганизмов и их инвазии в дыхательные пути. При вирусно-бактериальной пневмонии клиника характеризуется прогредиентным течением гриппа.

Цель исследования. Определение особенностей течения внегоспитальных пневмоний (ВП), развившихся в эпидемию гриппа (за декабрь 2009 г.).

Материалы и методы. Исследование ретроспективное, методом случайной выборки. Проводился анализ медицинских карт 19 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «ГКБ №2 г. Гродно» по поводу ВП во время эпидемии гриппа А/Н1N1. Диагноз ВП подтверждался данными анамнеза, клинической картины, рентгеновскими и лабораторными методами исследования. Возраст пациентов варьировал от 22 до 79 лет. Средний возраст составил $42,16 \pm 17,41$ года. Среди больных данной выборки были 9 женщин и 10 мужчин. В зависимости от особенностей начала и клинических проявлений ВП пациенты распределились следующим образом: 1-я группа – первичная вирусная пневмония выявлена у 6 (31,6%) пациентов; 2-я группа – вирусно-бактериальная пневмония у 11 пациентов (57,9%); 3-я группа – бактериальная пневмония у 2 (10,5%) госпитализированных. Общий временной интервал от начала заболевания до госпитализации составила $4,16 \pm 2,27$ дня. В 1-й группе этот показатель равен $1,33 \pm 0,22$, во 2-й группе – $6,45 \pm 1,16$, в 3-й группе – $8,35 \pm 1,42$ дня, соответственно. Средний койко-день составил $10,37 \pm 2,07$. Продолжительность госпитализации в 1-й группе $11,17 \pm 2,54$, во 2-й группе $10,18 \pm 2,12$, в 3-й группе $9,02 \pm 1,41$ дня. Объем поражения паренхимы легкого, по данным рентгенологического исследования, представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Объем поражения паренхимы легкого в разных группах

R-характеристика инфильтрата		Группа 1		Группа 2		Группа 3	
		n	%	n	%	n	%
Односторонний	очаговый	4	66,7	5	45,4	2	100
	долевой			3	27,3		
Двусторонний	очаговый	2	33,3				
	долевой			3	27,3		

Результаты и выводы. Важными особенностями течения ВП, осложнившей грипп А/Н1N1 явились:

1. Более тяжелое течение, обусловленное вирусным компонентом.
2. Тенденция к консолидации очагов пневмонии и долевого поражению при вирусно-бактериальной ассоциации.
3. Ранняя госпитализация пациентов с первичной вирусной пневмонией, вероятно, обусловлена выраженным интоксикационным синдромом и острой дыхательной недостаточностью.

ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНА ОДИНОЧЕСТВА

Шафаревич И.О.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Начавшийся переход к системе рыночных отношений ознаменовался серьезным духовным подъемом, ростом политической и экономической активности. Люди верили в возможность приобщиться к великим историческим целям, реализоваться как свободные полноценные личности. Но реальный процесс изменений в обществе переходного периода оказался неустойчивым, непредсказуемым, поставил общество в условия углубляющегося социального и культурного кризиса.

Наиболее остро в современных условиях проявляется социальное одиночество: идет раздробление общества, растет мобильность жизни, не реализуется достаточно высокий уровень ожидания от жизни, снижается возможность для личности быть услышанной и получить поддержку.

Спецификой этического аспекта исследования феномена одиночества является рассмотрение его в качестве нравственной ценности, то есть не только как болезненное состояние личности, но и как благо, требующее определенных способностей и внутренней культуры.

Если рассматривать одиночество именно с этих позиций – как ценность, то необходимо учитывать следующие моменты:

Во-первых, одиночество – это не исключительное состояние одиночек, испытывающих ужас не-общения, раз-общения. Одиночество как отсутствие единомышленника, как ощущение ненужности весьма распространенный синдром нашего времени. От него не спасает и уход в «иной» мир виртуальной реальности.

Во-вторых, массовый характер одиночества, являющийся для одних людей постоянным состоянием, для других – временным преходящим симптомом, делает одиночество феноменом не менее важным для человека, чем общение и потому не должен восприниматься трагично.

В-третьих, одиночество может рассматриваться по аналогии с покоем. Как покой есть момент движения, так и одиночество есть непрменный атрибут общения, например:

- ~ одиночество – необходимая «передышка», отдых во время общения,
- ~ одиночество – мгновенный уход в себя для продолжения общения, для накопления «подзарядки» внутренних сил, чтобы собраться с духом,
- ~ одиночество – способ и проявление общения с самим собой, ведение внутреннего диалога.

С этих одиночество рассматривается как благо, требующее определенных способностей и внутренней культуры личности.

Однако, одиночество может быть и негативным явлением в жизни человека в связи с отсутствием полноценного общения. Данная проблема непосредственно связана с уровнем нравственной культуры личности и культурой общения. Так, низкий уровень нравственной культуры порождает определенные дефекты общения, болезненно сказывающиеся на самочувствии личности и препятствующие установлению эффективного взаимодействия в обществе.

Литература:

1. Библер, В.С. Нравственность. Культура. Современность./ В.С. Библер.М., 1998 – 57 с.
2. Мишаткина, Т.В., Яскевич, Я.С. Феномен общения в философии и культуре XX века.: Учеб.-метод. Пособие./Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич – Мн.: Респ. ин-т. высш. шк. БГУ, 2000-135 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И СТРУКТУРНО-ЛЕКСИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКИХ АНАТОМИЧЕСКИХ НАИМЕНОВАНИЙ МЫШЦ

Шейбак Л.В.

Гродненский государственный университет, Беларусь
кафедра иностранных языков
научный руководитель – ст. преп. хомич Е.Н.

Целью нашего исследования является изучение и анализ латинских анатомических наименований мышц. Актуальность такого исследования вызвана необходимостью постоянной работы по оптимизации учебного процесса. В нашем исследовании, посвященном лексико-грамматическим особенностям анатомической номенклатуры, мы ограничиваем поле своего исследования 378 анатомическими латинскими наименованиями. Материалом для нашего исследования стали учебники и учебные пособия по курсу «Анатомия человека».

Наше исследование ставит перед собой следующие **задачи**:

- а) составление латинско-русского словаря анатомических терминов мышц;
- б) составление частотного словаря слов, образующих терминологию мышц;
- в) определение моделей анатомических терминов мышц;
- г) определение наиболее часто встречаемых словообразовательных элементов;
- д) определение наиболее часто встречаемых грамматических категорий.

Основным методом нашего исследования является статистическая обработка полученных данных.

Выводы. Собранный нами материал позволяет утверждать следующее:

1. Унификация латинской анатомической номенклатуры привела к тому, что в латинских терминах мышц используются только четыре части речи: имя существительное, имя прилагательное, в ограниченном количестве причастия и порядковые числительные.
2. Использование только существительных, прилагательных, причастий и порядковых числительных привело и к унификации грамматических категорий. Используются только именительный и родительный падежи единственного и множественного числа.
3. Словообразовательные модели сводятся к трём способам словообразования: суффиксальному, суффиксально-префиксальному и сложению.
4. В анатомических наименованиях мышц преобладают слова латинского происхождения. Слова греческого происхождения представлены в меньшем количестве.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПОНИМАНИИ РОЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шемяк В.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра психиатрии и наркологии

На сегодняшний день доказан существенный вклад в развитии психических заболеваний конституционально обусловленного состояния (психопатологического диатеза), проявляющегося в форме функциональной недостаточности различных нервно-психических областей. С этим понятием неразрывно связано нарушение социального функционирования, которое характеризуется дефицитностью развития как вегетативно-инстинктивной, моторной, коммуникативной, так и эмоциональной сфер, что в совокупности выступает как один из значимых факторов рецидивирования процесса при шизофрении.

Цель работы – обозначить роль эмоционального интеллекта в развитии социальной дезадаптации у пациентов при шизофрении.

Материал и методы исследования. Поиск информации осуществлялся в базе данных Medline, научных журналах по психиатрии, сборниках научных трудов.

В настоящее время многими авторами отмечено влияние нарушений познавательной деятельности на уровень социальной адаптации у пациентов с шизофренией, особенно регуляторных функций, но изучение нейрокогнитивного дефицита не раскрывает в полной мере сложный механизм взаимодействия познавательных функций с функционированием пациента в социуме. Причина обращения к понятию эмоционального интеллекта связана как со стремлением более целостно оценить адаптивные способности индивида через его умение эмоционально взаимодействовать с другими, так и с возможностями предсказать успешность поведения в различных видах социальной активности.

Эмоциональный интеллект – способность перерабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях, определять значение эмоций, их связи друг с другом, использовать эмоциональную информацию в качестве основы для мышления и принятия решений (модель Д.Мэйера и П.Сэловейя). Включает в себя следующие блоки: восприятие, оценка и выражение эмоций или же идентификация эмоций; использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности; понимание и анализ эмоций; сознательное управление эмоциями для личностного роста и улучшения межличностных отношений. Нарушения по этим направлениям влекут за собой обеднение социальных контактов, снижение общего уровня социальной активности, трудности в межличностных взаимодействиях, что и характеризует социальную дезадаптацию у больных шизофренией.

Определение факторов, препятствующих интеграции человека в обществе, понимание механизмов их взаимодействия с генотипом может оказаться основой для разработки реабилитационных и профилактических мероприятий при оказании помощи больным шизофренией.

Литература.

1. Ибриегит, М.О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов / М.О. Ибриегит // Обозрение психиатрии и мед.психологии им.В.М.Бехтерева. – 1996. – N 1-2. – С. 24-31
2. Мэйер, Дж. Эмоциональный интеллект. / Мэйер Дж.[и др.].// Руководство. – Институт психологии РАН.,2010. – 186 с.
3. Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств: сборник научных трудов. Т. 39.- СПб, 2008.- 280 с.
4. Rocca, P. Social cognition in schizophrenia / P. Rocca, F. Castagna // Clinical neuropsychiatry.- 2007.- Vol. 4.- P.185-190.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА СЕРОТОНИНА В СЫВОРОТКЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НАРУШЕННОЙ АДАПТАЦИИ **Шерешик Т.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра педиатрии №2*

Серотонин способен оказывать значительную роль на течение адаптационного процесса и влиять на ключевые звенья гемодинамики [1].

Целью исследования явилось изучение показателей обмена серотонина в сыворотке пуповинной крови доношенных новорожденных детей и сопоставление их с наличием синдрома нарушенной адаптации в ранний неонатальный период.

Было обследовано 223 доношенных новорожденных. Антропометрические показатели у них составили: масса тела – $3460,6 \pm 55,0$ г, длина тела – $52,4 \pm 0,3$ см, окружность головы – $35,0 \pm 0,14$ см. У 205 новорожденных детей в ранний неонатальный период отмечались проявления дисадаптационного синдрома в виде мышечной дистонии, гипорефлексии, мелкоразмахистого тремора, затруднения носового дыхания, осиплости голоса, вялого сосания. Группу контроля составили 18 доношенных детей, родившихся естественным путём без дополнительных акушерских мероприятий от матерей с физиологическим течением беременности. По антропометрическим показателям данная группа была репрезентативна с группой исследования.

175 (85,4%) новорождённых детей с синдромом нарушенной адаптации родились путем естественного родоразрешения, 30 (14,6%) – оперативным. В 73 (35,6%) случаях естественное родоразрешение сопровождалось дополнительными методами коррекции родовой деятельности (использование окситоцина, простаина, проведение амниотомии и перидуральной анестезии).

Мы получили статистически значимое снижение стартовых показателей аминокислоты триптофана и предшественника серотонина (5-НТР) в группе новорождённых детей с дисадаптационным синдромом. Так у детей с нарушением адаптации содержание триптофана в сыворотке пуповинной крови было достоверно ниже показателей контрольной группы (67,2 [55,5;81,0] нмоль/мл против 77,7 [65,3;94,6] нмоль/мл в группе контроля, $p=0,02$). Содержание предшественника серотонина составило 18,4 [5,9;27,9] нмоль/л против 25,7 [15,8;47,3] в контрольной группе ($p=0,03$). Однако в данной группе новорожденных детей наблюдалась тенденция к повышенному выбросу серотонина и, соответственно, увеличение концентрации продукта его деградации – 5-НИАА. Установлено, что в норме существует определённый баланс между захватом и секрецией серотонина, нарушение этих процессов возникает при различных патологических состояниях. В группе новорождённых детей с нарушенной адаптацией физиологическая убыль массы тела легкой степени отмечалась у 69,8% детей и составила в среднем $143,5 \pm 4,01$ г, что не отличалось от значений в контрольной группе ($143,2 \pm 12,0$ г). У 28,3% детей убыль массы тела превышала 6% (средней степени тяжести) и была равна $267,7 \pm 6,8$ г. Однако восстановление массы тела приходилось на $11,9 \pm 1,6$ г сутки ($p < 0,001$, при сравнении с контрольной группой). В период ранней неонатальной адаптации нарушение функции центральной нервной системы в виде синдрома угнетения наблюдалось у каждого четвёртого новорожденного с дисадаптационным синдромом, локальный кожный геморрагический синдром встречался у каждого третьего ребёнка.

Таким образом, выявленные особенности обмена серотонина у доношенных новорожденных детей сопряжены с развитием синдрома нарушенной адаптации в ранний неонатальный период.

Литература:

1. Володин, Н.Н. Неонатология; национальное рук. / Н.Н. Володин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 750 с.

АСКЛЕПИЙ И ЕГО ВКЛАД В СТАНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНЫ

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – Саюк С.Р.

Достигшая высокого расцвета медицина Древней Греции нашла отражение в культах обожествленного врача Асклепия и его дочерей: Гигиены – охранительницы здоровья (отсюда гигиена) и Панакеи – покровительницы лечебного дела (отсюда панацея) и сыновей: Телесфор – бог выздоровления и практикующие Махаон-хирург и Подалирий-терапевт, изобретатель кровопускания.

Асклепий (эскулап по-латыни), врач, по преданию живший в северной Греции, считался богом врачебного искусства – сыном Аполлона «исцеляющего». Люди обожествили искусного врачевателя Асклепия, воздвигли в его честь около трехсот святилищ, и среди них одно из самых знаменитых – в Эпидавре. На острове Кос находились храмы Асклепия, знаменитые врачи этого острова считались потомками бога врачевания и назывались асклепиадами. По преданию к ним относятся многие знаменитые врачи, в том числе и Гиппократ. От Асклепия происходит название греческих специально оборудованных лечебных помещений «асклепейонов» для приема и стационарного содержания больных, создаваемых при храме Асклепия. На монетах того времени можно было видеть эти помещения.

Храмы его выросли по всей стране. Расположенные в живописных местно-

стях со здоровым климатом, около минеральных источников, они были в сущности санаториями. Исцеление происходило в ходе (инкубации). Сначала больной должен был особым образом подготовиться: поститься, совершать омовения и молитвы; после этого ему позволялось провести одну или несколько ночей в храме, у ног статуи бога в ожидании целительного сновидения. Лечение проводилось жрецами, которые, возможно, прибегали к гипнотическому внушению.

Существует множество легенд о чудесных исцелениях, некоторые из них совершенно фантастичны, Асклепий мог не только возвращать людям молодость с помощью крови Медузы Горгоны, но и жизнь. Именно отсюда берут легенды о мертвой и живой воде. А рационалисты говорят, что в качестве лекарства Асклепий на самом деле использовал яд змей. Так или иначе, он оживил, как минимум, Ликурга, Тиндарея, и Капанея, а возможно, Ориона и Ипполита. Такое самоволие, конечно, не могло понравиться богам – Гадесу, обеспокоенному за своих потенциальных подданных, или Зевсу, и последний поразил, в конце концов, Асклепия молнией. Согласно одной из теорий, Зевс вернул потом ему жизнь. Аполлодор, даже утверждает, что это событие произошло в 1237 году до н.э. Возможно, Хирон передал Асклепию свое бессмертие. В любом случае, он был вознесен на небо, где его образу соответствует Змееносец, держащий в руках разорванную пополам змею.

Непременным атрибутом Асклепия была змея, получавшая в храме Асклепия жертвенные приношения. Его посох, вокруг которого обвивается змея, всегда изображался в виде необработанной деревянной палки с сучками. В ранний период он сам изображался в виде змеи (как, например, на монете Антонина Пия, выпущенной по случаю передачи в Рим священной змеи из Эпидавра в 191 г. до н. э.). Изображения Асклепия обычно в образе человека зрелого возраста, а также различных моментов, связанных с ним, встречаются на монетах 162 городов Древней Греции, Древнего Рима, а также императора Постума, где знаменитый исцелитель изображен с посохом, обвитым змеей, которую кормит Гиги́ея.

Таким образом, можно сказать, что Асклепий является одной из значимых фигур Древней Греции, а его мастерство столь несравненно, что он по праву считается основателем медицины.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СОТОВОЙ СВЯЗИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Шерешовец А. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – Хацук Д.В.

Мобильная связь осуществляется посредством технологии передачи, обработки и приема радиоволн конкретного частотного диапазона. Радиоволны в зависимости от частоты и мощности радиосигналов могут существенно изменять фоновые значения магнитного поля Земли. В том, что на это способны и мобильные телефоны, легко убедиться – поднесите звонящий телефон к радиоприемнику, или к динамикам компьютера, и Вы услышите характерный треск; прием звонка или SMS-сообщений у монитора может вызвать эффект «плывущего» экрана и т.д.

О воздействии мобильной связи написаны сотни статей, причем точки зрения на эту проблему часто диаметрально противоположны – от утверждения абсолютной безопасности мобильной связи до требований полного ее запрета. Логично предположить, что истина где-то посередине.

Цель исследования. Выяснение вида воздействий электромагнитных волн, излучаемых мобильным телефоном. При разработке данной темы в качестве метода использовался анализ литературы.

При разговоре по сотовому телефону электромагнитное поле проникает в тело человека и поглощается, прежде всего, тканями головы – кожным покровом, ухом, частью головного мозга, включая зрительный анализатор.

Каждому из нас важно для себя отметить следующее: не следует панически бояться воздействия сотовых телефонов; стоит знать о возможных последствиях использования телефонов и понимать, каким способом можно минимизировать их воздействие.

Что зависит от модели телефона? Каждая модель имеет свои значения безопасности, которые зависят от мощности передатчика, типа и места расположения антенны, материала корпуса и т.д. В описаниях импортных телефонов есть характеристика SAR, показывающая количество излучения, поглощаемое тканями организма. Вполне очевидно, что более новые модели должны быть более экологичны, сейчас в среднем $SAR=0,8$ (3–4 года назад 1,2–1,5).

Важен ли выбор оператора? Важно понимать следующее: чем большая плотность базовых станций на определенное количество абонентов, тем меньше будет излучение каждого конкретного мобильного телефона, т.е. чем ближе находится обслуживающая Вас станция, тем меньше излучение вашего телефона.

В разных режимах мобильный телефон излучает разное количество энергии, в порядке уменьшения это можно представить так: Прием вызова → Вызов абонента → Интернет → Прием SMS → Разговор → Запрос по USSD → Режим ожидания.

Не так уж много времени прошло с тех пор, как появилась сотовая связь. И всеобщее недоумение ученых по поводу влияния излучения мобильного телефона на организм человека сменилось на резко негативное отношение к сотовой связи. Каждый день появляются публикации, доказывающие вредное влияние мобильного телефона на здоровье человека. Однако мы настолько привыкли к этому, безусловно, удобному виду связи, что сейчас уже практически не можем от него отказаться. Важно помнить, что каждый из нас несёт ответственность за здоровье своё и своих близких.

Литература:

1. Сподобаев, Ю.М. Основы электромагнитной экологии / Ю.М. Сподобаев. – Москва: Радио и связь, 2000. – 240 с.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НОУТБУКА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преп. Хацук Д.В.

Компактные портативные персональные компьютеры, известные как "ноутбуки", получают все более широкое распространение. Во всём мире продажи ноутбуков уже давно превысили продажи настольных ПК. Объясняется это мобильностью, а вследствие этого и удобностью эксплуатации, однако у ноутбуков есть и обратная, очень редко афишируемая сторона медали. Пока ноутбуки были нишевым дорогим товаром, доступным лишь людям отдельных профессий, проблема не стояла так остро. Однако сегодня, когда ноутбуки вытесняют с рынка настольные модели, врачи начинают бить тревогу: вместо дополнительных удобств, которые сулит портативный компьютер, человек сталкивается с вредными для здоровья условиями труда.

Цель исследования – выяснение воздействий ноутбука на организм человека. При разработке данной темы в качестве метода использовался анализ литературы.

Факторы воздействия ноутбука на организм человека: электромагнитное излучение от беспроводных устройств; широкополосный фон от электроники ноутбука; низкочастотное излучение от сетевого питания; термическое воздействие.

Электромагнитное излучение ЖК-монитора ноутбука минимальное. Мощность электромагнитного излучения Wi-Fi составляет около 50 мВт, а Bluetooth – 1 мВт. Но имеет большое значение длительность воздействия.

Широкополосный фон формируется из излучения процессоров, преобразователей в цепи питания, различных генераторов, а также других элементов электроники.

ки. Процессор и его обвязка излучают в основном в СВЧ-диапазоне. А такое излучение особо чувствительно к преградам. Даже пластиковый корпус ноутбука служит неплохим экраном.

Излучение сети питания (частота 50 Гц) не так вредно, как высокочастотное, но его мощность гораздо выше. Поэтому не рекомендуется спать рядом с включенными в сеть электроприборами, и, держа ноутбук на коленях, лучше работать от аккумуляторов.

Длительный нагрев вреден для внутренних органов человека. На передний край ноутбука приходится лишь небольшая часть выделяемого им тепла. Большая часть тепла отводится через вентиляционные отверстия в задней части ноутбука, где, как правило, и находится центральный процессор и его система охлаждения. В прессе описан случай, когда у пользователя началось потемнение кожи на коленях после долгой ежедневной работы с ноутбуком в положении на коленях (пигментация от температурного воздействия).

Держа ноутбук на коленях, неизбежно сутулишься и смотришь вниз, что чревато проблемами со спиной, шеей и глазами. При длительном положении ноутбука на коленях затрудняется кровоток.

Для снижения вреда от электромагнитных излучений рекомендуется по возможности сократить время работы за компьютером, делать перерывы в работе. Следует также стараться использовать ноутбук в работе, располагая его на столе, что позволит вам сохранить правильную осанку и снизить вред от электромагнитного излучения ноутбука.

Литература:

1. Сподобаев, Ю.М. Основы электромагнитной экологии /Ю.М. Сподобаев. – Москва: Радио и связь, 2000. – 240 с.

2. Довбыш, В.Н. Электромагнитная безопасность элементов энергетических систем /В.Н. Довбыш.— Москва: Радио и связь, 2009. – 198 с.

ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ ЭВРИСТИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТА-ПЕРВОКУРСНИКА

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психологии и педагогики

Научный руководитель – д.п.н., доцент Король А.Д.

Одним из важных направлений в проектировании и реализации медицинского образования является создание условий для обеспечения творческой самореализации студента медицинского вуза, индивидуализация его обучения и использование технологий продуктивной эвристической ориентации в учебном процессе.

Целью данного исследования является диагностика уровня сформированности эвристических качеств личности субъектов учебного процесса в медвузе.

Реализация форм и методов эвристического обучения для студентов всех факультетов осуществляется на основе дисциплины «Основы психологии и педагогики». Эвристический характер разработанных практикумов и занятий ориентирован на возможность постановки студентами целей в учебном познании, выбор ими необходимых форм и методов, осуществлении рефлексии собственной образовательной деятельности. Важным элементом содержания учебного процесса является эвристическое задание, которое, с одной стороны, «открыто», т.е. не имеет единого решения, с другой стороны, «опирается» на образовательный стандарт и программу по предмету. Большинство эвристических заданий имеет коммуникативный характер и предназначены для выполнения на форумах кафедры, посредством ресурсов сети Интернет. Личностную ориентацию содержания дисциплины составляют также выполненные задания, рефлексии студентов прошлых лет.

С целью диагностики уровня сформированности эвристических качеств личности студента медвуза оценивалась образовательная продукция студентов на заня-

тиях: результаты выполненных эвристических заданий (образовательный продукт), а также коммуникативный продукт студента – его умения ставить вопрос в учебном познании, отстаивать свою точку зрения, доказывать и опровергать утверждения, организовывать дискуссии и вести диалог.

Диагностический этап эксперимента показал низкий уровень сформированности оргдеятельностных качеств личности студентов всех факультетов. Результаты показали, что у студента возникают сложности при постановке: учебных целей (68%), вопросов (86%), анализа результатов деятельности (рефлексии) (57%), рецензии работы других студентов (86%).

Одним из основных выводов исследования является тот, что первокурсник не приучен к организации своей учебной деятельности. Формирующий этап эксперимента свидетельствует о приросте в когнитивных (47%), креативных (37%), оргдеятельностных (33%) качеств личности студента при использовании технологий эвристического обучения.

Литература

1. Хуторской А.В. Дидактическая эвристика: Теория и технология креативного обучения. М.: Издательство МГУ, 2003. – 162с.

2. Хуторской, А. В. Эвристический практикум по основам педагогики : учебно-методическое пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического факультетов, для студентов медико-диагностического факультета специальности: медико-диагностическое дело, сестринское дело / А.В. Хуторской, А.Д. Король – Гродно : ГрГМУ, 2009. – 184 с.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ГОРОДА ГРОДНО

Шерешовец А.Г. , Олехнович П.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра биологической химии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.

Проблема распространения наркотиков и заболеваемости нарко(токсико)маниями остаётся актуальной для Республики Беларусь. В нашей стране за последние пять лет общее количество состоящих на наркологическом учёте больных наркоманией, токсикоманией и потребителей психоактивных веществ (ПАВ) с вредными последствиями в возрастной группе 15-19 лет увеличилось в 3 раза. О растущем вовлечении молодёжи в потребление наркотиков свидетельствуют результаты социологических опросов учащихся вузов Гродненской области, в результате которых также были выяснены психо-поведенческие особенности тех студентов, которые имели опыт употребления наркотиков.

Были проанализированы социальные и психологические характеристики опрошенных молодых людей. С целью определения психологических особенностей опрошенных им было предложено выбрать из списка наиболее подходящие для себя определения характера, в результате чего молодые люди, имеющие и не имеющие опыта употребления наркотиков, разделились по распределению отдельных черт характера. Чтобы выделить из множества измеряемых характеристик респондентов 1 группы наиболее важные, был использован метод главных компонент ортогонального факторного анализа. В результате обработки ответов респондентов условно были получены сведения об умонастроениях четырёх независимых групп молодых людей, на поведение которых повлияли семейные неурядицы (Фактор 1), половые различия (Фактор 2), психологические особенности характера (Фактор 3), а также тяга к совершению необдуманных поступков (Фактор 4).

Результаты исследования показали, что 17,1% опрошенных студентов попробовали различные виды наркотиков, причём 11,5% имели однократный опыт их употребления, 4,9% делали это несколько раз, 0,7% много раз. Наиболее «популярным» наркотиком оказалась марихуана, которую курили 11.2% респондентов. В

употреблении «экстази» призналось 4.1%, насвая – 3.1%, других лекарственных средств (седативных, транквилизаторов и др.) – 0.3%. Причём, респонденты, попробовавшие наркотики, отличались наиболее интенсивным потреблением алкоголя и курением сигарет.

Количество употреблявших наркотики студентов в 2005 году превысило результаты аналогичных социологических опросов, проведённых в 1995–1996 годах, когда в употреблении наркотиков призналось всего 0.9% студентов-первокурсников аналогичного возрастного диапазона. Было показано, что студенты, потреблявшие наркотики, чаще воспитывались в проблемных семьях, в которых родители или другие родственники злоупотребляют алкоголем (наркотики) или больны алкоголизмом (наркоманией), встречались семейные конфликты, грубость или воспитание проходило в неполной семье. Одновременно эти молодые люди чаще давали себе такие характеристики, как «агрессивный», «неуравновешенный», «легко возбудимый», «эгоистичный», и др., по сравнению с теми, кто никогда не пробовал наркотики.

Полученные данные являются дополнительным доказательством ведущей роли личностных и семейных проблем в развитии эмоциональных и поведенческих нарушений у молодых людей и формировании у них отношения к ПАВ, и могут быть использованы для разработки образовательных профилактических программ в высших учебных заведениях.

МЕДИЦИНСКИЕ ОПЫТЫ НАЦИСТОВ НА ЦЫГАНАХ

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., преп. Гресь С.М.

Актуальность. Широко известен факт преследования гитлеровцами цыган, но почему гитлеровцы так ненавидели их непонятно. Между тем, историческая правда такова, что цыгане сделали жертвой гитлеровских преследований раньше евреев и последствия репрессий оказались для этого народа несравненно тяжелее.

Цели, задачи и методы исследования. Целью нашей работы является изучение и анализ доступной литературы о медицинских опытах нацистов, которые были проведены на цыганах в лагерях смерти. Задача исследований – рассмотреть отдельные опыты, проведённые на цыганах, и выяснить, какие результаты удалось получить гитлеровцам в результате жесточайших экспериментов. При разработке данной темы использовались общеисторические методы исследования, в основном анализ источников и литературы

Результаты и выводы. Самым большим специалистом по "цыганскому вопросу" в фашистской Германии считалась женщина-врач Ева Юстин, работавшая в "Центре расовой гигиены" доктора Риттера. С началом Второй Мировой войны немецкие цыгане были подвергнуты репрессиям. Основанием для их заключений в концентрационные лагеря теперь служила сама принадлежность к этносу, поставленному фактически вне закона. Цыгане очутились всецело во власти нацистов. Они оказались на положении гораздо худшем, чем военнопленные. Последние могли, по крайней мере теоретически, рассчитывать на уважение своих прав, обусловленное Женевскими соглашениями о правовом статусе военнопленных.

Когда фашистские ученые-медики стали искать объекты для апробации своих разнообразных прожектов, цыгане показались им идеально подходящими в силу нескольких причин. Во-первых, судьба этих людей не привлекала внимания Англии, США и СССР, поскольку европейские цыгане не являлись гражданами этих стран. Во-вторых, они не были военнопленными и потому их судьбой не мог интересоваться Международный "Красный Крест". В-третьих, цыгане уже к середине 1940 г. практически не имели родственников на воле, что облегчало сокрытие следов преступлений, совершенных в отношении этих людей. Другими словами, цыган можно было уничтожить и никто бы этого даже не заметил [3].

Гитлеровцами активно велась работа по выработке методических указаний о правилах действий экипажей самолетов при их парашютировании на воду. Разумеется, врачи знали, что соленая вода губительна для человека, но как протекает её воздействие на организм и в каких пределах допустимо её употребление вместо питьевой воды они сказать не могли [1].

Нацистских расистов чрезвычайно занимали вопросы, связанные с национальной идентификацией. Нацисты считали, что каждая национальность имеет свои уникальные антропометрические соотношения, и, фактически, задача фашистских ученых сводилась к выявлению таких соотношений и установлению их численных значений [2].

В сценарии «тотальной войны» предусматривалось использование химического оружия, но на практике необходимо было получить вещества, сохраняющие боеспособность немецких солдат при поражении химикатами [2].

На цыганах были проведены и многие другие эксперименты, такие как: разработка усовершенствованной вакцины против тифа, опыты по массовой стерилизации людей, а также знаменитые опыты Менгеле по разработке генетического оружия [4].

Литература.

1. Яновский, О. А. Всемирная история: учеб. пособие. В 3 ч. Ч. 3. /О.А. Яновский / Мир с 1918 года – начало XXI века – Мн.: Юнипресс, 2008. – 480 с.
2. Мельников, Д. Е. Империя смерти: Аппарат насилия в нацистской Германии / Д. Е. Мельников / 1993 – 1945. – М.: Политиздат, 1987. – 414 с.
3. Райх, В. Психология масс и фашизм / В. Райх / Пер. с англ. Ю.М.Донца. – СПб.: Унив. кн., 1997. – 379 с.
4. Энциклопедия Третьего рейха. М.: Локид, 1996. – 587 с.

ФАШИЗМ КАК ФЕНОМЕН XX ВЕКА

Шерешовец А.Г., Пресс Э.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., доц. Королёнок Л.Г.

Актуальность. Как явление, фашизм появился в XX в. и изучение этого феномена по-прежнему занимает умы человечества. Необходимость исследования фашизма обусловлена его проявлением и в наши дни. Для того, чтобы не повторить ошибок прошлого, нужно четкое и научное представление об истинной сущности фашизма.

Цель, задачи, методы исследования. Целью работы является изучение и анализ идеологии фашизма. Задача исследований – рассмотреть фашизм в разных странах, выявить основные отличия. При разработке данной темы использовались общео исторические методы исследования.

Результаты и выводы. Фашизм – политологический термин, являющийся обобщающим наименованием специфических крайне правых политических движений, их идеологии, а также возглавляемых ими политических режимов диктаторского типа. В более узком историческом смысле под фашизмом понимается массовое политическое движение, существовавшее в Италии в 20-е–40-е гг. под руководством Б. Муссолини.

Возникновение и рост фашистских партий наблюдался в странах в период экономического кризиса, который влек за собой также кризис в социальной и политической области. Фашистские партии часто милитаризировались и применяли необычный в то время политический стиль: массовые манифестации и марши, подчеркивание мужского и юношеского характера партии, формы некоторой секуляризированной религиозности, бескомпромиссное одобрение и применение насилия в политических конфликтах. У фашистских партий были сравнимые идеологии и цели, отличительным признаком которых была заложенная в их основу амбивалентность.

Фашистская идеология обнаруживает одновременно антисоциалистические и антикапиталистические, антимодернистские и специфически современные, крайне националистические и тенденциозно транснациональные моменты. Эти отношения не во всех видах фашизма выступают в одинаковой форме.

Раньше, чем в других странах Европы, фашизм утвердился в Италии, здесь он и зародился. Итальянский фашизм отличало то, что Муссолини хотел возродить страну по примеру Римской империи. Отсюда и внешняя экспансия: Италия требовала себе некоторые французские земли (Савойя, Ницца, Корсика), претендовала на Мальту, пыталась захватить остров Корфу, надеялась установить господство над Австрией, готовилась к захвату Восточной Африки.

Отличительной чертой немецкого фашизма являлась расовая теория, согласно которой арийская раса превосходила все другие, вследствие чего было необходимо расширять жизненное пространство, завоёвывая новые территории с применением политики массового уничтожения «неполноценных рас». Для достижения своих целей Гитлер учил лгать народу, причём лгать крупно, ибо мелкая ложь, как он полагал, вызывает меньше доверия. Примерами такой лжи являлся поджог здания рейхстага в ночь на 28 февраля 1933 года, а также Лейпцигский процесс.

В Германии и Италии фашистские партии контролировали армию, в Японии именно армия играла роль главной политической силы. В Италии и Японии фашизм не ликвидировал монархии. Разница в том, что итальянский король не играл ни малейшей роли, тогда как японский император несколько не утратил ни своей абсолютной власти, ни своего влияния.

Таким образом, общими чертами фашизма во всех странах являются массовый террор и всеобщие репрессии. Но никакой антинародный режим не может держаться одним насилием. Этим и обусловлен их крах во время второй мировой войны.

ИОЗЕФ МЕНГЕЛЕ – «АНГЕЛ СМЕРТИ»

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., преп. Гресь С.М.

Актуальность. Одним из самых знаменитых докторов нацистских лагерей был Иозеф Менгеле. Он занимался первоначальной селекцией узников, без тени сомнения отправляя тысячи людей прямиком в газовые камеры, затем отбирал заключённых для различных экспериментов, возглавлял исследования и сам проводил тысячи опытов. Среди тем, интересовавших доктора, были пересадка органов и тканей, операции по смене пола, исследования в области ограничения рождаемости для представителей "неполноценных" рас и увеличения плодovitости немok.

Цель, задачи, методы исследования. Целью нашей работы является изучение и анализ доступной литературы по биографии Иозефа Менгеле. Задача исследований – рассмотреть опыты, проведённые «ангелом смерти» в нацистских лагерях смерти, а также обозначить те результаты, к которым пришёл учёный в результате многочисленных жесточайших опытов, проводимых на заключённых. При разработке данной темы использовались общеисторические методы исследования, в основном анализ источников и литературы

Результаты и выводы. Уроженец Баварии, начавший свою карьеру во франкфуртском Институте наследственной биологии и расовой гигиены под руководством генетика Отмара фон Фершуера, старательно изучал антропологию и генетику. Он опубликовал несколько статей, защитил диссертацию, после чего в 1939 году Менгеле сменил белый халат на военную форму. Он провёл некоторое время на Восточном фронте в составе частей Waffen SS, получил ранение, был произведён в гауптштурмфюреры и отправлен служить в Аушвиц.

Менгеле изучал последствия воздействий различных химических и ядовитых

веществ на людей. Особенно же его занимали близнецы – для них у Менгеле была разработана особая программа исследований, которая не прекращалась даже со смертью испытуемых. Известен случай, когда он сшил вместе двух цыганских детей, чтобы создать «сиамских близнецов» [1].

Данных о точном числе подопытных Менгеле нет, однако известно, что из трех тысяч отобранных для экспериментов детей в живых остались менее 200. Менгеле пересаживал людям органы животных и документировал мучительную смерть во время отторжения пересаженных органов; после нескольких опытов пришел к выводу, что наилучшим способом ограничения рождаемости низших рас будет кастрация, и провел несколько сотен операций, чтобы разработать наиболее эффективную и быструю методику. Для подтверждения гипотезы о возможности изменения цвета глаз у евреев он вводил различные химические красители в глазные яблоки узников и заключил, что сделать арийца из еврея невозможно.

В 1945 году Йозеф Менгеле аккуратно уничтожил все собранные "данные" и сбежал из Освенцима. До 1949 года Менгеле спокойно работал в родном Гюнцбурге на фирме отца. Потом по новым документам на имя Хельмута Грегора он эмигрировал в Аргентину. В начале 50-х, когда Интерпол выдал ордер на его арест (с правом убить его при задержании), Йозеф перебрался в Парагвай. Все с тем же паспортом на имя Грегора Йозефа Менгеле неоднократно посещал Европу, где остались его жена и сын. Он дожил до 1979 года, утонув при невыясненных обстоятельствах во время купания на одном из пляжей в Бразилии [3].

Литература.

1. Мельников, Д. Е. Империя смерти: Аппарат насилия в нацистской Германии / Д. Е. Мельников / 1993 – 1945. – М.: Политиздат, 1987. – 414 с.

2. Замковой, В.И. Германский фашизм – одна из главных форм тоталитаризма / В.И. Замковой / Ин-т междунар. права и экономики. – М.: ХГЦ "Велес", 1994. – 39 с.

3. Холодковский / Рус.- амер. Фонд профсоюз. исслед. и обучения. – М.: Б, 1995. – 41 с.

ФАШИСТСКИЕ ЛАГЕРЯ СМЕРТИ – ФАБРИКИ ПО УНИЧТОЖЕНИЮ ЛЮДЕЙ

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – к.и.н., преп. Гресь С.М.

Актуальность. Проблематика фашистских злодеяний против человечества не утратила актуальности и по сегодняшний день. В отечественной исторической науке данная проблема не поднимается. В нацистской Германии было построено около 20 000 лагерей, предназначенных для содержания миллионов жертв фашистского режима. Эти лагеря использовались для различных целей среди них были и лагеря смерти, предназначенные специально для массовых убийств.

Цель, задачи, методы исследования. Целью нашей работы является изучение и анализ доступной литературы по нацистским лагерям смерти. Задача исследований – рассмотреть отдельные лагеря смерти и их назначение. При разработке данной темы использовались общеисторические методы исследования, в основном анализ источников и литературы.

Результаты и выводы. Первым лагерем смерти был Хелмно, открытый в Вартегау (область Польши, аннексированная Германией) в декабре 1941 года. Евреев, а также цыган там отравляли выхлопными газами в специальных автомобилях — газенвагенах. В 1942 году в Генерал-губернаторстве (так назывались внутренние районы оккупированной Польши) фашисты открыли лагеря смерти Белжец, Собибор и Треблинка (известные по проводимой в них операции "Райнхард"), предназначением которых было методичное убийство польских евреев. В лагерях операции "Райнхард" сотрудниками СС и вспомогательных подразделений с марта 1942 по ноябрь 1943 года было убито приблизительно 1 526 500 евреев [4].

Нацисты сконструировали газовые камеры (помещения, которые наполнялись газом, убивающим всех, кто находился внутри), чтобы повысить эффективность массовых убийств и сделать процесс более безличным для палачей.

Почти все прибывающие в лагеря заключенные сразу же отправлялись в газовые камеры (за исключением небольшого числа людей, отобранных для специальных трудовых отрядов, называвшихся зондеркомандами). Крупнейшим лагерем смерти был Освенцим (Аушвиц-Биркенау); к весне 1943 года там работали четыре газовые камеры, в которых использовался газ Циклон-Б [3]. В тот период, когда в лагерь поступало больше всего заключенных, в нем каждый день травили газом до 6 000 евреев. К ноябрю 1944 года в Освенциме погибло более миллиона евреев, а также десятки тысяч цыган, поляков и советских военнопленных [2].

Хотя многие историки традиционно считают лагерь Майданек шестым лагерем смерти, последние исследования проливают новый свет на то, какие функции выполнял комплекс Люблин/Майданек. В рамках операции "Райнхард" Майданек в первую очередь служил для концентрации евреев, которых гитлеровцы держали в резерве для принудительных работ. Лагерем смерти он служил лишь время от времени для уничтожения жертв, которых не могли принять лагеря смерти операции "Райнхард": Белжец, Собибор и Треблинка II [1].

Информация о лагерях смерти держалась в строгом секрете. Чтобы уничтожить все следы использования отравляющих газов, специальные группы заключенных (зондеркоманды) должны были выносить трупы из газовых камер и кремировать их.

Так или иначе, в различных типах концлагерей нацисты держали и истязали миллионы людей. Под управлением СС только в одних лагерях смерти немцами и теми, кто с ними сотрудничал, было убито более трех миллионов евреев [3].

Литература:

1. Яновский, О. А. Всемирная история: учеб. пособие. В 3 ч. Ч. 3. /О.А. Яновский / Мир с 1918 года – начало XXI века – Мн.: Юнипресс, 2008. – 480 с.
2. Мельников, Д. Е. Империя смерти: Аппарат насилия в нацистской Германии / Д. Е. Мельников / 1993 – 1945. – М.: Политиздат, 1987. – 414 с.
3. Замковой, В.И. Германский фашизм – одна из главных форм тоталитаризма / В.И. Замковой / Ин-т междунар. права и экономики. – М.:ХГЦ "Велес", 1994. – 39 с.
4. Энциклопедия Третьего рейха. М.: Локид, 1996. – 587 с.

ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ НООСФЕРНОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук.

Научный руководитель – Шафаревич И.О.

В современной ситуации многие аспекты мировоззрения меняются в силу глобальности экологической проблемы. Эта проблема рассматривается рядом наук: социология, философия, социальная экология и др. Технологические подходы оказались неэффективными для ее решения. На необходимость нового подхода неоднократно указывалось в докладах Римского клуба 70-80-е годы XX века, в документах миссии Брунтланд в 1987 году, но общемировой резонанс эта проблема приняла после конференции ООН по окружающей среде и развитию в Рио-де-Жанейро в 1992 году. Такие соглашения как Киотский протокол, Конвенция о биоразнообразии и другие решения, связанные с охраной окружающей среды, исходят из осознания новой ситуации, требующей совместных усилий и тесной координации не только отдельных организаций, но и государств в целом.

Выдвижение экологического императива как системы запретов, нарушение которых недопустимо ни при каких обстоятельствах, поскольку разрушение биосферы есть гибель самого человечества, особенно остро поставило вопрос о мировоззренческой основе причин экологического кризиса, о новом взгляде на систему

взаимоотношений общества и природы. Попыток сформировать новое мировоззрение было достаточно много, но не одна из них не получила общественного признания.

Одними из наиболее целостных концепций в этом плане на сегодняшний день являются разработанные В.И. Вернадским учения о биосфере и ноосфере. Ноосферное мировоззрение может стать основой для решения экологических проблем, выхода из глобального экологического кризиса. Понятие ноосферы трактуется широко, но его основу составляет идея разумного отношения человека к своей деятельности, учет всех факторов и последствий вмешательства в природу, осознание во всей полноте взаимодействия общества с биосферой. Развитие выдвинутой В.И. Вернадским идеи ноосферы как коэволюции человека и природы является наиболее перспективным направлением и требует глубокого осмысления. Немало ученых, особенно зарубежных, упор делают на экономические факторы, рассматривая возникшую проблему как пределы роста индустриальной цивилизации – Р.Медоуз, Э.Пестель, Э.Тоффлер, Д.Форестер и др., предлагая различные технократические варианты. Однако значительная часть ученых считает, что основная проблема заключается в изменении сознания людей, формировании нового взгляда на природу. Необходимость регулирования человеческих потребностей становится очевидной. Общество, следующее гедонистическим установкам, становится обществом потребления природы, где в угоду сиюминутным потребностям уничтожаются не только редкие виды животных или невозобновляемые ресурсы, но и ставится под угрозу фундамент существования человека как вида.

Таким образом, отчуждение человека от природы и индивидов друг от друга становится главной причиной создавшегося экологического кризиса. Отчужденный, изолированный, «рыночный», «одномерный человек», на первое место ставит личные материальные потребности, удовлетворение которых считается главной целью и ценностью. Однако выдвинутая Н.Н.Моисеевым проблема экологического императива четко обозначила границы, за которыми деградация биосферы означает деградацию человека и в конечном итоге его гибель. Идея бесконечного прогресса, характерная для западной цивилизации, оказалась несостоятельной в условиях «конечности» Земли.

Литература:

1. Вернадский, В.И. Химическое строение биосферы Земли и ее окружения./ В.И. Вернадский.-М:Наука, 2001-375 с.
2. Тоффлер, Э. Война и антивоина и как с ней бороться, как выжить на рассвете XXI века: пер. с англ. /Э. Тоффлер.-М.: АСТ:Транзиткнига, 2005-412 с.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ КСЕНОБИОТИКАМИ

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – преп.-стажер Карпович О.В.

В связи с тем, что в организм человека с пищей проникает множество химических веществ, для него совершенно чуждых, а нередко и очень вредных, проблема загрязнения продуктов питания чужеродными веществами – ксенобиотиками, по-прежнему остается актуальной до настоящего времени.

Цель исследования: изучение проблемы загрязнения продуктов питания ксенобиотиками, а также путей обезвреживания чужеродных веществ в живых организмах.

Материалы и методы. При изучении данного вопроса объектом исследования явилась система «яд-организм». Чужеродные вещества (ксенобиотики), попадая в окружающую природную среду, могут вызвать увеличение частоты аллергических реакций, изменение наследственных признаков, снижение иммунитета, нарушение

обмена веществ. Изучая влияние ксенобиотиков на живые организмы, установлено, что не бывает однонаправленного действия: организм в свою очередь воздействует на ксенобиотики – это процессы метаболизма, распределения, элиминации, и поэтому следует говорить об их взаимодействии. Существуют определенные механизмы обезвреживания ксенобиотиков. К наиболее древним механизмам принадлежат биохимические механизмы биотрансформации чужеродных веществ. Возникновение жизни на Земле требовало защиты первых примитивных организмов от агрессивной окружающей среды, составным элементом которой были разнообразные ксенобиотики. Эволюционное развитие такой защиты шло разными путями: развивались и в процессе совершенствования жизни постепенно усложнялись пути детоксикации ксенобиотиков [1].

Результаты исследования. Избыточное содержание ксенобиотиков в продуктах питания может представлять опасность для здоровья населения. Контроль за содержанием ксенобиотиков в продуктах питания возлагается на органы санитарно-эпидемиологической службы. Множество чужеродных веществ, окружающих нас со всех сторон, попадают в организм и рано или поздно повреждают его. Горожанин использует в повседневной жизни не менее 500 химических продуктов. Для изготовления пищевых продуктов применяется почти 900 различных химических реагентов. Например, яблоки сорта «Джонатан» на протяжении созревания урожая обрабатываются различными химическими соединениями (парафин – продукт переработки нефти) 16 раз. Внешне они красивые, но такие фрукты содержат ксенобиотики. Пользы от потребления таких «даров природы» совершенно нет, а вот причинить вред организму на клеточном уровне вещества, содержащиеся в таком яблоке или груше, вполне могут. Установлено, что многие консерванты, добавляемые в злаки, печенье и маргарины, вызывают дегенеративные изменения нервных клеток. Таким образом, в любой пище, наряду с питательными веществами, содержатся яды. И если бы живые организмы не могли с ними справляться, они попросту перестали бы существовать.

Выводы. Собранные нами данные являются дополнительным доказательством необходимости информирования населения о качестве потребляемых ими продуктов и могут быть использованы для повышения знаний студентов-медиков о механизмах детоксикации, повреждающем действии ксенобиотиков и вопросов профилактики их неблагоприятного воздействия для сохранения здоровья населения [2].

Литература:

1. Здоровье и окружающая среда: сб. науч. трудов к 75-летию НИИ санитарии и гигиены. – Барановичи. – 2002. – Т. 2. – С. 421—428.
2. Борткевич, В.С., Филонов, В.П., Мороз, А.Г. Обеспечение личной и общественной безопасности при работе с биологическими ксенобиотиками: справочник. – Мн., 1999.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ: СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО

Шерешовец А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гуманитарных наук

Научный руководитель – Саюк С.Р.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) – ведущее направление вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). ВРТ – это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. С одной стороны, открытие методики экстракорпорального оплодотворения и практика суррогатного материнства позволили многим женщинам родить здоровых детей, вследствие чего растёт популярность данных процедур, но, как известно, у каждой медали имеется две стороны. Другой стороной данной ситуации являются многочисленные этические проблемы, которые активно обсуж-

даются в СМИ, в обществе и в церкви, но пока не имеют однозначного решения.

До сих пор, во многих странах запрещено суррогатное материнство, в других – разрешено, есть еще группа стран, где запрещена реклама суррогатного материнства и подбор суррогатных мам, однако разрешено некоммерческое суррогатное материнство – при котором суррогатная мама не получает финансового вознаграждения. Следует, однако признать, что независимо от различных норм законов в разных странах по отношению к суррогатному материнству, и независимо от сложившегося общественного мнения, суррогатное материнство существует как явление в большинстве стран мира.

Противники суррогатного материнства считают, что оно превращает детей в подобие товара, создавая ситуацию, в которой богатые люди смогут нанимать женщин для вынашивания своих детей. Они утверждают также, что материнство становится при этом договорной работой, поэтому стремление к выгоде может возобладать здесь над соображениями пользы для договаривающихся сторон.

Отсюда связанная с этим и активно обсуждаемая в рамках церкви проблема усиления в обществе дегуманизации и безнравственности, подрывающих многие моральные устои, в том числе святость брака и семьи.

Существуют опасения, что некоторых суррогатных матерей может психологически травмировать необходимость отдать выношенного ею на протяжении девяти месяцев и рожденного "своего" ребенка, даже если поначалу ей казалось, что она сможет расстаться с таким ребенком без особых переживаний. И такие случаи не редкость.

Также важны вопросы психологической адаптации ребенка в этой ситуации: следует ли информировать ребенка о способе его появления на свет, возможны или невозможные его отношения с суррогатной матерью.

Таким образом, существует ряд опасений, связанных с психологическими аспектами данного вопроса. Не станет ли метод искусственного оплодотворения косвенной поддержкой тенденции "асексуального размножения" и в итоге основанием принципиальных сдвигов в традиционных формах семейно-брачных отношений? Можно ли опасаться культурологических, демографических сдвигов в результате изменения структуры семейно-брачных, родственных отношений? Ответы на эти вопросы предполагают освещение истории и динамики создания технологий искусственного оплодотворения.

Литература.

1. Игнатъев, В.Н., Лопухин Ю.М., Юдин Б. Г. // Биомедицинская этика / Под ред. В. И. Покровского. — М.: Медицина, 1997. — С. 6 – 29.

2. Исакова, Э. В., Корсак В. С., Громыко Ю. Л. Проблемы репродукции /Э. В. Исакова/ – 2001. – N 2. – С. 23 – 28.

ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Шиммель О. Ч., Хилимончик О. Н., Атонович О.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – д.м.н., проф. Климович И.И.

Актуальность. Перфоративные гастродуоденальные язвы составляют группу тяжелых осложнений язвенной болезни, представляющие непосредственную угрозу жизни вследствие развития перитонита и требующие немедленного оперативного лечения. Частота перфоративных язв среди пациентов с оложнённой язвенной болезнью составляет около 5%. По данным международных когортных исследований, летальность при этом осложнении язвенной болезни за последние 30 лет не имеет реальной тенденции к снижению.

Цель – проанализировать методы лечения перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки, осложненных перитонитом.

Материал и методы: нами проведен ретроспективный анализ 81 истории

болезни пациентов лечившихся (2001-2010гг) в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно. Прободная язва желудка была у 25 (30,9%) больных, язва 12-ПК у 56 (69,1%). У 21 больного, что составило 26%, перфорация осложнилась местным перитонитом; у 59 (72,8%) – распространенным, и лишь у 1 (1,2%) пациента – тотальным. По характеру экссудата на серозно-фибринозный перитонит приходится 60 случаев (74%), гнойный – 11 (13,5%), серозный – 7 (8,5%), фибринозно-геморрагический 2 (2,7%), фибринозно-гнойный 1 (1,2%). Мужчин было 66 (81,5%), женщин 15 (18,5%). Возраст от 15 до 69 лет. Средний возраст больных составил 37,8 лет. Основная часть больных – лица молодого и среднего возраста представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту

Возраст (лет)	Абсолютное число	Процент%
15 – 19	6	7,4
20 – 29	15	18,5
30 – 39	20	24,7
40 – 49	19	23,5
50 – 59	13	16,1
60 – и >	8	9,8
Всего	81	100

Большинство пациентов представители рабочих специальностей. Число рабочих составило 43 человека (53%), служащих – 10 (12,5%), студентов – 7 (8,7%), пенсионеров – 12 (14,8%), не работающих – 9 (11%). Практически все больные оперированы через 1.5-2 часа от момента поступления под общим обезболиванием.

Название операции	Кол-во	%
Верхнесрединная лапаротомия. Ушивание прободной язвы.	68	84
Лапароскопия. Ушивание прободной язвы.	5	6
Иссечение язвы. Пилоропластика по Гейнеке – Микulichу	4	4,5
Лапаротомия. Субтотальная резекция желудка.	4	4,5
Двусторонняя стволовая ваготомия. Гастродуоденоанастомоз.	2	1,0

После проведенного лечения с выздоровлением выписались домой 78 человек (96,3%), а летальный исход составил 3,7% (3 человека).

Выводы. Операцией выбора при перфорации и развившемся перитоните в большинстве случаев является ушивание прободной язвы

Литература:

1. Климович В.В. Хирургия язвенной болезни желудка / В.В.Климович, А.В.Воробей // Минск. - 2006. - 199с.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ

Шкуратова Ю.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – ассист., к.м.н. Плоцкий А.Р.

Актуальность. В современных условиях возрастает количество женщин репродуктивного возраста с патологией сердечно-сосудистой системы. Показания к прерыванию беременности при наличии упомянутых заболеваний весьма немногочисленны. Этому способствуют и ранняя диагностика различной патологии с помощью инструментальных методов исследования, и бурное развитие кардиохирургии, и возможности фармакологического воздействия на функцию сердца и сосудов. Одним из проявлений патологии сердца является нарушение ритма и проводимости, в

связи с чем целью нашей работы явилось изучение течения беременности и родов у женщин с указанной патологией.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 44 историй родов у женщин, страдающих нарушениями сердечного ритма и проводимости, родоразрешенных в Гродненском областном перинатальном центре в 2008 году. Обработка результатов проведена с использованием непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток составил 24 (22– 25) года. Отмечены следующие виды нарушений сердечного ритма: различные виды блокад – 21 случай (48 %), экстрасистолии – 12 случаев (27 %), синусовая тахикардия – 3 наблюдения (7%), миграция водителя ритма и синдром укорочения PQ – по одному наблюдению (по 2 %, соответственно), и в 6 случаях имело место сочетание нескольких видов нарушений, например синоатриальная блокада и экстрасистолия из атриовентрикулярного соединения (14%). Среди сердечно-сосудистой патологии у 9 (21%) пациенток выявлены различные формы малых аномалий сердца, в настоящее время рассматриваемых как проявление синдрома дисплазии соединительной ткани, у 15 (34%) пациенток – нейроциркуляторная дистония, врожденные пороки сердца зарегистрированы у 4 женщин (9%), а у 3 (7%) – сочетание различных патологий. В 30% случаев никаких патологических процессов со стороны сердца и сосудов у пациенток установлено не было.

Подавляющее большинство женщин закончили беременность срочными родами, доношенные дети родились массой 3500 (3250–3600) г, длиной 52 (52– 54 см). Серьезных осложнений беременности и родов отмечено не было. 28 женщин (64 %) родоразрешены через естественные родовые пути, 16 (36%) – путем операции кесарева сечения. Показаниями к абдоминальному родоразрешению только в 6 случаях (14%) явилась патология сердца, в остальных наблюдениях кесарево сечение выполнено в связи с рубцом на матке (7 случаев – 16%) или в связи со сложившейся акушерской ситуацией (слабость родовых сил, острая интранатальная гипоксия плода и проч.) – 3 наблюдения (7%).

Выводы. Наличие нарушений сердечного ритма и проводимости не всегда имеет под собой органическую основу в виде заболеваний сердца и сосудов – возможно, в генезе возникающих аритмий играет роль изменение положения сердца под влиянием растущей матки, повышение внутрибрюшного давления, увеличение объема циркулирующей крови. При выборе метода родоразрешения необходимо руководствоваться видом имеющихся нарушений, их природой, существованием их до беременности или появлением только во время гестационного процесса и наличием либо отсутствием признаков сердечной недостаточности, а также, безусловно, традиционными акушерскими показаниями.

Литература:

«Дисплазия соединительной ткани и беременность» – А.В. Клеменов, О.Н. Ткачева, А.А. Верткин; «Акушерство и гинекология» под редакцией В. И. Кулакова; «Полиморфизм клинических проявлений синдрома соединительнотканной дисплазии» – В.И. Маколкин, В.И Подзолков, А.В. Родионов и др.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРИМЕНЕНИЮ ЛАЗЕРОВ В МЕДИЦИНЕ: МЕХАНИЗМЫ ЛАЗЕРНОЙ БИОСТИМУЛЯЦИИ

Шкута А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра медицинской и биологической физики
Научный руководитель – Хильманович В.Н.

Лазеры представляют собой уникальные источники света, работающие на базе процесса вынужденного (стимулированного, индуцированного) испускания фотонов возбужденными атомами или молекулами под воздействием фотонов излучения, имеющих ту же частоту. Применение лазеров в качестве «идеального» скальпеля прочно вошло в медицинскую практику.

Многообразие лазерных источников света позволило открыть необычную область применения низкоэнергетического излучения гелий-неоновых лазеров в красной области спектра в качестве биостимуляторов. История развития лазерной биостимуляции и механизмов ее воздействия на живой организм и явилась целью исследования.

Благотворное влияние этого излучения было установлено в экспериментах на разных биологических объектах. В 70-х годах были сделаны попытки объяснить явление лазерной биостимуляции особыми свойствами («биополе», «биоплазма»), которые якобы присущи живым организмам и придают специфическим характеристикам лазерного излучения биологическую значимость. В 1979 г. было выдвинуто предположение, что биологические эффекты низкоэнергетического лазерного излучения связаны с естественными процессами световой регуляции, наблюдающимися у животных. Молекулярная основа начальных этапов таких процессов лучше изучена у растений.

Представления о существовании в клетках животных определенной фоторегуляторной системы, возможно, напоминающей фитохромную систему растений, позволяют предположить, что биостимуляционная активность излучения гелий-неонового лазера является следствием простого совпадения его спектральных характеристик с областью поглощения компонентов этой системы. К механизму световой биостимуляции, может иметь отношение образование в облученных клетках и выделение ими того химического фактора, который обнаруживали в среде по пику светоабсорбции вблизи 265 нм.

О сходстве предполагаемой фоточувствительной системы животных с системой фитохромной регуляции свидетельствует сравнение их основных особенностей. Помимо высокой световой чувствительности, фитохромной системе присущ триггерный характер действия, который и объясняет большую вариабельность доз (с различиями в два порядка), используемых клиницистами для лазерной биостимуляции; сопряженность фитохромной системы с клеточными мембранами; контроль фитохромной системы над синтезом ДНК, РНК и белка, образование которых в тканях, облученных гелий-неоновым лазером также усиливается. В том случае, если в клетках животных действительно имеется специализированная фоточувствительная система, с помощью опытов по определению спектра действия (зависимости величины биологической реакции от длины волны) устанавливают спектр поглощения (а по нему – и химическую индивидуальность) того соединения, которое является первичным акцептором света и запускает цепь процессов, приводящих в конечном итоге к фоторегуляторным эффектам.

Таким образом, применение различных типов лазеров в медицине разнообразно, динамично развивается, и еще не изучено до конца. Широта их спектра действия растет с каждым годом и не ограничивается уже ставшим классическим применением в хирургии.

Литература:

1. Лазерная фотокоагуляция при острых желудочнокишечных кровотечениях // Лазеры в хирургии / под ред. проф. О.К.Скобелкина. - М.: Медицина. - 1989. - С. 152-171.
2. Лазеры в клинической медицине / под редакцией С. Д. Плетнева. – М: Медицина, 1996.

ЧАСТОТА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА, ПО ДАННЫМ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Штабинская Т.Т.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. Басинский В.А.

В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки, что особенно заметно на примере промышленно развитых стран. В связи с этим, задачи ранней диагностики, объективной оценки степени риска при данной патологии стоят особенно остро. Полипы толстой кишки, по данным многих авторов, являются облигатным предраковым заболеванием [1]. Вместе с тем, при анализе особенностей морфологического строения аденоматозных полипов, многие авторы отмечают нечеткость критериев риска малигнизации новообразований. Недостаточно в большинстве клиник используются возможности современных методов морфологического исследования для оценки прогноза гиперпластических полипов и выбора лечебной тактики при различных вариантах их гистологической структуры [2].

Цель исследования. Проанализировать частоту и морфологические особенности полипов толстого кишечника среди пациентов, которым была выполнена биопсия в период с 2005 по 2009 годы.

Материалы и методы. При исследовании был изучен биопсийный материал в отделении патологии №2 УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» за 2005–2009 годы.

Результаты исследования. При проведении анализа архивных данных за 2005–2009 годы было выявлено 245 случаев резекции полипов толстого кишечника, из них 32 в 2005 году, 64 – в 2006 году, 64 – в 2007 году, 46 – в 2008 году и 39 – в 2009 году. Не обнаружено достоверной разницы частоты полипов у женщин и мужчин. В 2005–2009 гг. выявлено 121 (49,38%) случай полипоза кишки у женщин, и 124 (50,62%) – у мужчин. При этом, если в 2005 году полипы у женщин составили 33,3%, то в 2009 году – 48,7% от всех выявленных полипов толстой кишки. Абсолютное большинство – это лица старше 50 лет (95%).

Только в 5 случаях (2%) из 245 был выставлен диагноз: множественные полипы толстого кишечника, а в остальных 240 случаях (98%) – в клинике был обнаружен одиночный полип. При этом подавляющее большинство составляли одиночные полипы сигмы – 94 случая (39,16%). В 60 случаях (25%) полип был обнаружен в прямой кишке. В ректосигмоидном отделе полип выявлен в 56 случаях (23,3%), в слепой кишке – в 2 случаях (0,8%), в ободочной кишке – в 28 случаях (11,74%) при этом нисходящий отдел был поражен в 20 случаях (71,42%), поперечно-ободочная кишка в 3 случаях (10,7%), восходящий отдел – в 5 случаях (17,88%).

Каждый четвертый полип был с признаками воспаления – 60 случаев (24,49%). Диспластические изменения эпителия были обнаружены в 15 случаях (6,1%), а в 13 случаях (5,3%) отмечено наличие признаков малигнизации. В остальных 157 случаях (64,11%) был верифицирован пролиферативный аденоматозный полип. Выявленные изменения еще раз подтверждают то, что полипоз является предраковым заболеванием.

Выводы. Выявление в аденоматозных полипах диспластических изменений и малигнизации свидетельствует о высокой роли морфологического исследования в оценке прогноза каждого новообразования и необходимости широкого внедрения иммуногистохимических методов в оценке механизма их озлокачивания.

Литература:

1. Т.А. Белоус / Патоморфология предраковых состояний толстой кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2002.-№4.-С. 50-55.
2. Новая диагностика рака: теория, диагностика, лечение: пособие для врачей / А.И. Агеенко – М.: Медицина XXI, 2004.- 42 с.

СКЛОННОСТЬ К РАЗВИТИЮ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У СТУДЕНТОК

Шульга Е.В., Кулагина М.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной физиологии

В связи с современным культом «стройной фигуры», девушки даже не подозревая, становятся на путь, приводящий к соматовегетативным и психическим расстройствам, одним из которых является нервная анорексия. Наиболее предрасположены к заболеванию девушки и женщины в возрасте 10–24 лет [Сулейманов Р.А., Артемьева М.С., 2007], при этом пик приходится на 18 лет [Rastman M. et al. 1989]. В настоящее время наблюдается тенденция «омоложения» нервной анорексии и смещение на подростковый возраст [Clinical Guideline «Eating disorders» National Institute for Clinical Excellence, 2004; London]. Среди подростков, больных нервной анорексией, 50–70% выздоравливают, а у 10–20% болезнь приобретает хроническое течение. Нервная анорексия имеет наивысшие показатели смертности среди психических заболеваний и достигает 20% и более. Высокая летальность обусловлена прямыми последствиями голодания, острой сердечной недостаточностью, биохимическим и эндокринным дисбалансом, а также суицидами. [Мазаева Н.А., Осипова А.А., 2007]. Целью исследования явилось определение склонности к развитию нервной анорексии среди студенток высшего учебного заведения.

Было проведено анкетирование девушек второго курса лечебного факультета УО «ГрГМУ», на основе теста «Грозит ли Вам анорексия?» с российского медицинского сайта www.medicportal.ru. Результаты были обработаны методом непараметрической статистики и представлены в виде медианы и 25–75 перцентилей. Корреляционные взаимосвязи определяли методом Спирмана.

Было опрошено 287 студенток в возрасте 18–24 лет. Вес респондентов составил 60 (57–75) кг, рост – 168 (164–170) см, средний балл за последнюю сессию – 7,0 (6,5–8,3). По результатам анкетирования выявлено 73 человека (25,4%), которые склонны к развитию анорексии. В этой группе вес составил 57 (53–65) кг, рост – 165 (162–170) см, средний балл – 6,75 (6,0–8,2). Кроме этого, были выявлены корреляционные взаимосвязи по Спирману. Отмечается зависимость между попытками проведения диет и временем их длительности ($R=0,697$; $p<0,001$), а также между снижением аппетита и использованием экстремальных методов похудения ($R=-0,536$; $p<0,001$). Установлена прямая взаимосвязь между попытками проведения диет и другими способами снижения веса ($R=0,468$; $p<0,001$), в то время как обратная зависимость наблюдается между снижением аппетита в стрессовых ситуациях (во время сессии) и попытками похудеть ($R=-0,456$; $p<0,001$). Недовольство своей фигурой в подростковом возрасте имеет прямую взаимосвязь с длительностью диеты ($R=0,417$; $p<0,001$). Отмечается зависимость между неприязнью к полным людям и частотой использования диет ($R=0,416$; $p<0,001$), длительностью диеты ($R=0,380$; $p<0,001$), а также между весом девушек и количеством дней, проведенных на диете ($R=0,380$; $p<0,001$).

Полученные нами данные показывают зависимость между склонностью к развитию анорексии и изменением аппетита девушек-студенток в стрессовых ситуациях, в том числе во время сессии, использованием экстремальных методов похудения, длительностью диеты, а также психологическими комплексами, развившимися в подростковом возрасте. Нервная анорексия трудно диагностируется на ранних стадиях, а впоследствии требует продолжительного стационарного лечения с частым неблагоприятным исходом [Сулейманов Р.А., Артемьева М.С., 2007]. Результаты нашего исследования позволили выявить совокупность признаков, на которые следует обратить внимание девушкам в возрасте 18–24 лет, а также рекомендовать студенткам ВУЗов самостоятельно проходить тест «Грозит ли Вам анорексия?» и своевременно принимать профилактические меры.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГИПЕРЭКСПРЕССИИ C-ERBB-2 ОНКОПРОТЕИНА ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ

Шульга А.В., Андреева О.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. Басинский В.А

Her-2/neu (с-erbB-2) входит в семейство тирозинкиназных рецепторов, состоящее из 4 функционально взаимосвязанных рецепторных молекул, играющих важную роль в пролиферации, апоптозе и дифференцировке клеток, а также влияющих на работу ряда сигнальных каскадов. Наличие положительной реакции с антителами (Ат) к с-erbB-2 в раке яичников (РЯ), по данным различных авторов, регистрируется от 2 до 70 и более % случаев [1]. Большинство исследователей связывают наличие гиперэкспрессии с-erbB-2 с более агрессивным поведением опухоли, тогда как в других работах не находят связи данного маркера с основными клиническими и морфологическими признаками у больных РЯ [1, 2].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ экспрессии с-erbB-2 опухолевыми клетками в РЯ разных гистологических типов и степени дифференцировки.

Материалы и методы. Для исследования было отобрано 49 парафиновых блоков серозных овариальных карцином, 8 наблюдений эндометриоидной аденокарциномы, 7 случаев светлоклеточного рака, 5 – муцинозного варианта новообразования. При этом в 14 наблюдениях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 35 – к G2, а в 20 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 15 женщин, вторая – у 12, а генерализация процесса наблюдалась в 42 случаях.

Результаты. Анализ данных иммуногистохимических исследований показал, что положительная реакция с поликлональными Ат к с-erbB-2 была выявлена в 24 (34,7%) случаях карцином яичников и проявлялась мембранным и цитоплазматическим окрашиванием различной степени интенсивности. Оценивалась только мембранная локализация продуктов реакции с Ат: в 10 (14,5%) наблюдениях отмечалась экспрессия 1+, в 11 (15,9%) новообразованиях – 2+, а 3+ регистрировалась только в 3 (4,3%) опухолях. Таким образом, гиперэкспрессия (2/3+) указанного маркера была выявлена в 20,2% случаев. При эндометриоидном варианте овариальной карциномы реакция с Ат к данному онкопротеину в опухолевых клетках отсутствовала, а в одном случае проявлялась очаговым мембранным окрашиванием слабой интенсивности – 1 балл. При серозном гистологическом типе РЯ гиперэкспрессия с-erbB-2 (2/3+) онкопротеина не была статистически значимо связана со степенью дифференцировки ($H=3,3$, $p=0,19$), клинической стадией ($H=3,7$, $p=0,29$), возрастом больных ($rs=0,12$, $p=0,43$), наличием метастазов на момент постановки диагноза ($U=85,0$, $p=0,41$). Достоверное увеличение общей и безрецидивной 5-летней выживаемости больных серозным РЯ было ассоциировано с отсутствием или низкой экспрессией с-erbB-2 ($Z=2,2$, $p=0,027$; $Z=2,19$, $p=0,029$, соответственно). Следует отметить меньшую прогностическую значимость данного онкопротеина при I–II клинических стадиях карцином ($Z=1,9$, $p=0,046$).

Выводы. Гиперэкспрессия с-erbB-2 отражает неблагоприятный прогноз новообразования и при ее наличии выявляется снижение как общей, так и безрецидивной выживаемости пациентов с серозным вариантом РЯ. Отсутствие зависимости уровня экспрессии с-erbB-2 онкопротеина от степени дифференцировки, клинической стадии заболевания, а также наличия метастазов карциномы свидетельствует о самостоятельном прогностическом значении данного маркера.

Литература:

1. HER2/neu oncoprotein overexpression in epithelial ovarian cancer: evaluation of its prevalence and prognostic significance. Clinical study / E. Verri [et al.] // Oncology – 2005. – Vol. 68. – P. 154-161.
2. Topoisomerase 1A, HER/2neu and Ki67 expression in paired primary and relapse ovarian cancer tissue samples / P. Surowiak [et al.] // Histol. Histopathol. – 2006. – Vol. 21. – P. 713-720.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТЕПЕНИ ЭКСПРЕССИИ p53 ПРИ ОВАРИАЛЬНОЙ КАРЦИНОМЕ

Шульга А.В., Усов В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины

Научный руководитель – д.м.н., проф. Басинский В.А.

В норме белок p53, кодируемый одноименным геном, живет приблизительно 20 минут, так как быстро деградирует в протеосомах и поэтому в клетках большинства тканей находится на пороге детекции. Мутантный тип p53 (mt p53) существует от нескольких часов до дней и накапливается в ядрах опухолевых клеток [1]. Считается, что иммуногистохимическая (ИГХ) положительная реакция практически полностью зависит от наличия mt p53. Высокая частота поломок гена p53, выявляемая при онкозаболеваниях, предопределяет повышенный интерес к данной проблеме и в настоящее время [2].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ экспрессии p53 опухолевыми клетками в РЯ разных гистологических типов и степени дифференцировки.

Материалы и методы. Для ИГХ исследования было отобрано 69 парафиновых блоков первичных овариальных карцином, критерием отбора послужили максимально приближенные стандартные схемы оперативного и адъювантного лечения. Наиболее частым гистологическим типом РЯ был серозный (49), в 8 наблюдениях выявлена эндометриоидная аденокарцинома, в 7 случаях – светлоклеточный рак, а в 5 – муцинозный вариант новообразования. При этом в 14 наблюдениях степень дифференцировки рака была отнесена к G1, в 35 – к G2, а в 20 – к G3. Первая стадия, согласно классификации FIGO, была установлена у 15 женщин, вторая – у 12, а генерализация процесса наблюдалась в 42 случаях.

Результаты. Экспрессия mt p53 была обнаружена в 43 случаях РЯ. Следует отметить, что гиперэкспрессия mt p53 (при коричневом окрашивании более 10% ядер опухолевых клеток) чаще наблюдалась при серозных опухолях, а отсутствие данного маркера – при эндометриоидных карциномах. Однако статистически достоверной зависимости экспрессии p53 онкопротеина от гистологического типа найдено не было ($H=7,2$, $p=0,07$). При серозных овариальных карциномах гиперэкспрессия mt p53 была достоверно связана с клинической стадией ($H=10,1$, $p=0,018$) и наличием метастазов ($U=49,5$, $p=0,046$). Все серозные аденокарциномы IV клинической стадии имели гиперэкспрессию mt p53, а при III стадии такая же картина наблюдалась в 75% случаев. При отсутствии метастазов рака яичников в клетках первичной опухоли в 75% случаев не наблюдалась гиперэкспрессия изучаемого маркера. Зависимость гиперэкспрессии mt p53 от степени дифференцировки ($H=3,1$, $p=0,22$) и возраста ($rs=0,14$, $p=0,34$) была статистически несущественной. В муцинозном раке гиперэкспрессия mt p53 отмечалась в 60% наблюдений. Гиперэкспрессия данного онкопротеина наблюдалась только при наличии метастазов ($H=4,0$, $p=0,05$). Гиперэкспрессия mt p53 имела достоверное отрицательное прогностическое значение только в отношении общей выживаемости больных серозным раком яичников ($Z=2,2$, $p=0,027$).

Выводы. Повышение уровня экспрессии mt p53 характерно для рака яичников с высоким метастатическим потенциалом и неблагоприятным клиническим прогнозом. Гиперэкспрессия mt p53 чаще обнаруживалась при наличии метастазов карциномы и сочеталась со снижением общей выживаемости у больных серозным раком.

Литература:

1. Prognostic significance of p53 mutation and p53 overexpression in advanced epithelial ovarian cancer: a gynecologic oncology group study / L. Havrilesky [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2003. – Vol. 21, № 20. – P. 3814–3825.
2. Distribution of p53 expression in tissue from 774 Danish ovarian tumour patients and its prognostic significance in ovarian carcinomas / E.V. Hogdall [et al.] // APMIS. – 2008 – Vol. 116, № 5. – P. 400–409.

АМЕРИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ СЛЕНГ КАК СПОСОБ ОБЩЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Яблонская О.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Деревлева Н.В.

Предлагаемое исследование посвящено изучению формирования и употребления американского медицинского сленга в профессиональных медицинских кругах.

Сленг (от англ. slang) – терминологическое поле, набор особых слов или новых значений уже существующих слов, употребляемых в различных человеческих объединениях. Сленг – это открытая система, которая постоянно взаимодействует с окружающим ее внешним миром. Результатом этого взаимодействия становится появление новых лексических единиц. Одним из примеров профессионального сленга является медицинский сленг, который используется в общении медиков между собой и включает в себя достаточно большое количество сленгизмов.

Объект исследования. Общий американский сленг и сленгизмы, употребляемые в речи медицинских работников и героев англоязычного сериала «Доктор Хаус».

Цели работы. Выявить характерные черты сленга, позволяющие отделить его как от смежных с ним лексических пластов, так и от литературного языка, и проанализировать лексический состав сленга американских медицинских работников с целью выявления в нем элементов общего американского и специального медицинского сленга.

Для достижения целей исследования необходимо выполнить следующие **задачи**:

1. Произвести выборку медицинских американских сленгизмов, употребляемых героями изучаемого сериала.
2. Произвести качественный и количественный анализ отобранных сленгизмов.
3. Сгруппировать лексические единицы сленга в тематические группы, которые отражают сферы употребления современного американского медицинского сленга.
4. Проанализировать имеющийся лексический материал, с точки зрения словообразования.

Материал для исследования. Аутентичные сценарии к сериалу «House M.D.» (русско-язычная версия названия «Доктор Хаус»; 1, 2 и 3 сезоны).

Методы исследования. Метод выборки; сравнительно-сопоставительный метод; метод контекстуального анализа; метод обобщения и анализа; описательный метод, предполагающий сбор и систематизацию языкового материала; метод математической статистики при описании количественных характеристик.

Актуальность данного исследования обусловлена широким распространением сленгизмов в речи медицинских работников, всевозрастающим интересом лингвистов к исследованию различных аспектов сленга, который является частью разговорной речи английского языка, расширением международных профессиональных контактов и интернационализацией английского языка, в особенности его американского варианта.

Практическая значимость. Материалы и результаты исследования могут быть использованы при обучении студентов медицинских вузов, а также медицинскими работниками в их профессиональной деятельности за рубежом.

Результаты. В результате исследования из 7 источников было отобрано 400 американских сленгизмов. По подсчитанным данным, 75% составляют медицинские сленгизмы, а 25% – общие американские сленгизмы. Медицинские сленгизмы были сгруппированы по следующим сферам медицины: хирургия, терапия, педиатрия, фармакология.

Выводы. Благодаря проведенному исследованию, можно сделать вывод, что американский медицинский сленг широко используется в профессиональном общении между медицинскими работниками и существует как отдельный пласт лексики.

ГЕСТАЦИОННЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Яворская О.А., Савко А.В., Ганчар Е.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Егорова Т.Ю.

Актуальность. Сахарный диабет у беременных составляет 3–6% от общего количества родов [1,2]. Гестационный сахарный диабет (ГСД) – нарушение углеводного обмена, приводящее к гипергликемии различной степени выраженности, начавшееся или впервые выявленное во время настоящей беременности. Высокий уровень перинатальных потерь у беременных с сахарным диабетом диктует необходимость углубленного изучения данной проблемы [1,2].

Цель. Изучить особенности течения беременности и родов у женщин с ГСД.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 91 диспансерной карты беременных женщин, историй родов и карт новорожденных. Основную группу составили 61 (67%) женщина с ГСД. Из них 1-ю группу составили 48 (78,7%) пациенток с неинсулинопотребным ГСД и 2-ю группу – 13 (21,3%) женщин с инсулинопотребным ГСД. В контрольную группу были включены 30 (33%) пациенток с физиологическим течением беременности. Диагноз ГСД выставлялся эндокринологом на основании клинического обследования беременных, результатов пробы на толерантность к глюкозе.

Результаты и обсуждение. Между сравниваемыми группами не было различий по возрасту, паритету родов и беременностей. Выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости ожирения: у беременных с неинсулинопотребным ГСД – 45,8%, у беременных с инсулинопотребным ГСД – 48,0%, у женщин контрольной группы – 16,7% ($p < 0,05$). Достоверных различий по частоте встречаемости других экстрагенитальных заболеваний выявлено не было. Согласно нашим данным, одним из частых осложнений беременности при ГСД явилась угроза прерывания беременности. У беременных с инсулинопотребным ГСД угроза прерывания беременности диагностирована в 46,2% случаев, в 1-й группе – в 37,5% наблюдений, что достоверно превышает показатели в контрольной группе беременных – 10,0% ($p < 0,01$). Многоводие – одно из типичных осложнений беременности при ГСД. По результатам наших исследований, многоводие наблюдалось в 53,9% случаев во 2-й группе, 45,8% – в 1-й группе; показатели являются статистически достоверными по сравнению с контрольной группой – 13,3% ($p < 0,01$). Гестоз осложнил течение беременности в 53,9% случаев во 2-й группе, что достоверно выше, чем в 1-й группе – 39,6%, и контрольной группе – 16,7% ($p < 0,05$, $p < 0,01$). В третьем триместре прогрессировали патологические состояния в фетоплацентарном комплексе. Фетоплацентарная недостаточность диагностирована у 45,8% беременных 1 группы, 53,85% – 2 группы, и в контрольной группе – 13,3% ($p < 0,05$).

Вывод. Проведенный анализ течения беременности и родов при ГСД позволяет нам сделать заключение о высокой частоте осложнений (угрозы прерывания беременности, гестоза, многоводия, фетоплацентарной недостаточности, анемии), достоверно превышающих аналогичные показатели в контрольной группе беременных, особенно у пациенток с инсулинопотребным ГСД.

Литература:

1. Забаровская, З.В. Проблема гестационного сахарного диабета: основные аспекты этиопатогенеза, клинико-диагностические критерии, принципы лечения / З.В.Забаровская, О.В.Мулярчик, Т.А.Жданова // Мед. новости, 2002.- № 12.- С. 12-129.
2. Караченцев, Ю.И. Гестационный сахарный диабет: / Ю.И.Караченцев, Т.П.Левченко, В.В.Полторак, О.М.Белецкая // Терапевтический архив, Т.73.- № 10.- 2001.- С.22-28.

ТРАССОВОЕ ДЕТЕКТИРОВАНИЕ НЕКОТОРЫХ АТМОСФЕРНЫХ ГАЗОВ

Яковлева О.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – к.ф.-м.н., доц. Бертель И.М.

Контроль за экологической обстановкой и определение концентраций токсических веществ в атмосфере, как правило, проводится на основе различных физико-химических локальных методов. Однако во многих случаях необходимы дистанционные методы, обладающие высокой чувствительностью и хорошей экспрессностью. В отличие от локальных, они обладают высоким пространственным разрешением и обеспечивают обслуживание больших площадей зондирования из одной точки пространства.

Наиболее полно всем требованиям дистанционного контроля удовлетворяет лидарный метод [1], преимущество которого особенно очевидно в городах и промышленных зонах, где доступ в точку измерения затруднен.

За рубежом уже проводятся определения концентрации некоторых газов в реальных условиях. Однако существует ряд нерешенных научных проблем и важных технических вопросов, таких, например, как расширение списка детектируемых газов, надежность и достоверность экспериментальных данных, автоматизация процессов измерения, повышение чувствительности газоанализа.

Прежде чем осуществлять дистанционное детектирование, необходимо провести теоретический анализ оптических характеристик атмосферных загрязнителей.

В условиях однородной трассы при давлениях, характерных для тропосферы, коэффициент селективного поглощения на длине волны λ может быть рассчитан на основе Лоренцева контура линии поглощения [1]. Для его определения мы воспользовались специальным программным пакетом HITRAN, содержащим необходимые для расчета спектроскопические параметры линий, поглощение некоторых атмосферных газов [2].

Анализ оптических характеристик газовых загрязнителей проводился по методу дифференциального поглощения. Суть этого метода заключается в зондировании на паре линий «on line» (линия с резонансом, максимально возможным поглощением) и «off line» (линия с минимальным поглощением).

В таблице 1 приведены результаты расчетов по детектированию некоторых газов с указанием наиболее оптимальных пар линий и предельно обнаруживаемые концентрации некоторых газов в диапазоне длин волн 9ч11,3 мкм. Расчеты проводились для трассы длиной 3000 м.

Таблица 1

Газ	«on line»		«off line»		С мин. Ppm
	Линия	λ , мкм	Линия	λ , мкм	
NH ₃	9R(30)	9,2197	9R(28)	9,2295	0,003
C ₂ H ₄	10P(14)	10,5321	10P(20)	10,5910	0,002
NO ₂	11P(33)	11,1306	11P(31)	11,1069	2,6
CO ₂	10P(22)	10,6114	11P(12)	10,9010	25

Литература:

1. Межерис, Р. Лазерное дистанционное зондирование / Р. Межерис // М. Мир. – 1997 – 420 с.
2. Meyer, P.L. Atmospheric pollution monitoring using CO₂ laser photoacoustic spectroscopy and other techniques / P.L. Meyer // Rev. Sci. Instrum. – 2006, V. 61.- № 7. – P.1779 -1807.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ СЕМЕННЫХ КАНАЛЬЦЕВ САМЦОВ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЛИПОПОЛИСАХАРИДА E. COLI

Якубовский А.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – Поплавская Е.А.

Известно эмбриотропное действие бактериальных липополисахаридов грамотрицательных бактерий на ряд систем человека и животных, в частности, при введении их самцам крыс перед спариванием. Однако механизм этого действия недостаточно изучен.

В связи с вышеизложенным, целью данного исследования явилось изучение влияния ЛПС E. coli на формирование структуры семенных канальцев самцов крыс.

Липополисахарид E. coli вводился в дозе 50 мкг/кг массы животного. Через 60 суток после введения у подопытных животных выделялись семенники, из которых готовились гистологические препараты, окрашенные гематоксилином и эозином. На окрашенных гематоксилином и эозином гистологических препаратах проводилась общая оценка состояния семенных канальцев и сперматогенного эпителия, подсчитывалось относительное число деструктивных канальцев по отношению ко всем канальцам на срезе с помощью компьютерного анализатора изображений Bioscan-NT.

Оценку достоверности изменения численных значений производили с помощью непараметрического метода Манн-Уитни.

На 60 сутки после воздействия в семенных канальцах подопытных животных наблюдается наряду с нормальной картиной, картина деструктивных изменений: центры некоторых канальцев заполнены смесью из сперматогоний, сперматоцитов 1 и 2 порядка, а ближе к базальной области строение канальца остается нормальным. Встречаются канальцы, в которых сохраняют нормальную иерархию расположения клеток (сперматогонии, сперматоциты 1 и 2 порядков, сперматиды, сперматозоиды) одна – две ассоциации, на остальном пространстве среза канальца иерархия нарушена, и клетки сперматогенного эпителия находятся в беспорядке. У интактных животных также встречались канальцы с вышеуказанными нарушениями, но их относительное количество было значительно меньше, чем у подопытных животных. Относительное количество канальцев с вышеуказанными нарушениями у самцов, получавших ЛПС E. coli составляло 23,32 % от всего количества канальцев на срезе семенника, у интактных – 8,11 %. Различия с интактными животными статистически достоверны ($P = 0,0104$).

Таким образом, введение липополисахарида E. coli приводит к значительному увеличению относительного количества семенных канальцев с нарушениями сперматогенеза у самцов крыс на 60-е сутки после воздействия.

Литература:

1. Кожухарь, В.Г. Половая система: руководство по гистологии / В.Г. Кожухарь. – СПб: СпецЛит, 2001. – Т 2. – С. 350 – 375
2. Павлович, Н.В. Возможные механизмы реализации токсического потенциала липополисахаридов патогенных бактерий / Н.В. Павлович, В.И. Тынянова // Молекулярная генетика, микробиология и вирусология. – 2005. – № 2. – С. 9-13.
3. Поплавская, Е.А. Эмбриотропное действие бактериальных липополисахаридов грамотрицательных микроорганизмов (E. coli и S. marcescens) при введении их самцам крыс перед спариванием / Е.А. Поплавская, Р.Е. Лис // Журнал ГрГМУ. – 2007. – № 1. – С.165-166.

ОСОБЕННОСТИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ ВОЙСК В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Янушевич Н.А., Дорофей С.Г., Гресь С.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Военная кафедра

Научный руководитель – к.м.н, доцент И.М.Ивашин

При организации водоснабжения должны использоваться действующие системы централизованного водоснабжения близлежащих населенных пунктов, предварительно обследованные на соответствие требованиям санитарных правил. При их отсутствии разрешается использовать имеющиеся колодцы, каптажи и другие водоемкости после предварительного обследования качества воды на соответствие ее требованиям действующих санитарных правил, предъявляемых к качеству воды при нецентрализованном водоснабжении. Вода из стационарных источников хозяйственно-питьевого водоснабжения должна подвергаться лабораторному исследованию не реже одного раза в 10 дней. При невозможности использования вышеуказанных источников водоснабжения силами инженерной службы воинской части должны оборудоваться пункты водоснабжения, вокруг которых в радиусе 30 м оборудуется зона санитарной охраны с ограждением по периметру капроновым (льняным) канатом с нанесенными на нем через каждые 50 см лоскутами ткани длиной 10 см и шириной 5 см, отличающимися по окраске от окружающей местности (летом – белая, зимой – красная), или сигнальной оградительной лентой промышленного изготовления. В этой зоне запрещается устройство наружных уборных, площадок для установки мусоросборников (контейнеров), предназначенных для сбора ТКО, фильтрующих колодцев, других возможных источников загрязнения воды, проведение всех видов строительства, а также проживание военнослужащих. Устройство, оборудование, содержание и эксплуатация водопроводных сооружений, используемых для хозяйственно-питьевого водоснабжения военнослужащих, должны отвечать требованиям действующих санитарных правил для хозяйственно-питьевых водопроводов.

Вода, используемая для хозяйственно-питьевых целей, должна быть безопасна в эпидемическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу, иметь благоприятные органолептические свойства, по своему составу и свойствам – прозрачной, бесцветной, без вкуса и запаха.

Для достижения основной цели водоснабжения решаются следующие задачи:

- Выбор водоемкости;
- Добыча воды;
- Улучшение качества воды, если в этом есть необходимость;
- Хранение воды;
- Распределение воды и доставка её потребителям;
- Контроль за качеством и обеспечением воды.

Осуществление медицинского контроля предполагает знаний особенностей структуры и организации системы водоснабжения в данных конкретных условиях и связанные с ним обязанности заинтересованных служб.

При полевом размещении войск, как правило, снабжение водой происходит непосредственно из отдельных водоемкостей, реже – из уцелевших водопроводных систем населенных пунктов. При этом также решаются задачи выбора водоемкости, его оборудования, добычи воды, ее обработки, хранения и доставки. Эти задачи нередко решаются в условиях недостаточности воды на местности, сильное ее загрязнение и т.д.

ОПТИЧЕСКОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ Г. ГРОДНО И ПУТИ ЕГО УСТРАНЕНИЯ

Ярмолик А.В., Приходько Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель—к.б.н., доц. Зиматкина Т.И.

Актуальность. Видеоэкология, как новое научное направление о взаимодействии человека с окружающей его видимой средой, предполагает, что эта среда для оптимального развития и комфорта человека должна соответствовать его физиологическим нормам. В принципе это характерно для естественной визуальной среды, в которой миллиарды лет происходила эволюция человека, и именно поэтому естественное природное окружение находится в полном соответствии с физиологическими функциями организма, и в первую очередь, со зрением. Совсем другое дело искусственная среда, которую человек создаёт сам и которая в экосистеме современного города во многих случаях находится в противоречии с основными законами функционирования организма. В связи с вышеизложенным, изучение и устранение неблагоприятного воздействия визуальной среды города, как негативного экологического фактора, в аспекте нового научного направления – видеоэкологии – является актуальным.

Цель данного исследования заключалась в изучении визуальных характеристик Гродно, выявлении неблагоприятной видимой среды и составлении карты оптического загрязнения города.

Материалы и методы. В ходе данного исследования использовался метод фотомониторинга и видеосъёмки объектов городской среды на примере г.Гродно.

Результаты. При изучении визуальной среды города Гродно мы обнаружили значительное количество негативно воздействующих на организм человека гомогенных и агрессивных полей. Так, увеличение количества населения города привело к появлению так называемых «спальных районов» в новостройках города, которые представляют собой большое число однообразных зданий, с однообразной цветовой гаммой и небольшим количеством отделочных архитектурных элементов, что представляет собой агрессивные видимые поля. Длительное пребывание в таких кварталах может серьезно вредить психическому здоровью гродненцев. Примеры гомогенных и агрессивных полей можно встретить и в центральной части города. Это и заброшенные постройки 60-х годов, и другие нереставрированные здания. Однако именно в этой части города, которая уцелела после Второй мировой войны, можем найти большое количество примеров благоприятного видимого поля, которое создается за счёт обилия форм и красок старинных зданий, в архитектуре которых сохранились такие элементы, как колонны, портики и т.д. Это благоприятно для зрения, т.к. естественная природа состоит из разнообразно раскрашенных разноудаленных предметов, поэтому чем больше в окружающем пространстве цветов, кривых линий, форм, тем ближе оно к естественной среде и, следовательно, тем лучше визуальная среда. Однако в связи с появлением новых материалов, таких как армированное стекло, бетонные плиты, гипсокартон, ДСП, практически не используются резные изделия, балясины, орнаментные вставки, ажурные металлические изделия, что привело к избытку больших плоскостей в архитектуре, и этот процесс, к сожалению, продолжается, представляя негативные последствия в формировании городской среды г. Гродно.

Выводы. В результате проведённого нами исследования составлена карта оптического загрязнения г. Гродно и карта расположения объектов с оптимальной визуальной характеристикой. Для того чтобы человек чувствовал себя комфортно, необходимо создавать благоприятную визуальную среду, а также преобразовывать негативное визуальное окружение. Необходимо, по возможности, уменьшить количество времени, проведённого в неблагоприятной визуальной обстановке и увеличить время нахождения в оптимальной визуальной обстановке.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ МИКРОКЛИМАТА ПОМЕЩЕНИЙ ВУЗА

Яровая А.Г., Занько Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель – ассист. каф. общей гигиены и экологии Есис Е.Л.

Исследования показали, что 80% собственной жизни человек проводит в помещении. И от того, в каких условиях любому из нас приходится жить, учиться и работать, зависит многое. Даже здоровье! Основное требование, обеспечивающее нормальные условия жизнедеятельности человека при длительном пребывании в помещении, это оптимальное сочетание параметров микроклимата. Соответствующие показатели температуры, влажности, скорости движения воздуха и теплового излучения нагретых поверхностей прежде всего должны исключить напряжение механизмов терморегуляции организма, сохранить здоровье и работоспособность. Изменения отдельных параметров от медикобиологически обоснованных значений могут привести к различным заболеваниям, особенно у людей с ослабленным иммунитетом. Известно, что понижение температуры вызывает повышенную теплоотдачу в окружающую среду, – это приводит к охлаждению организма, понижает его защитные функции и способствует возникновению простудных заболеваний. Холод является фактором, усугубляющим течение и вызывающим обострение не только хронических легочных заболеваний, но и сосудистых, эндокринных, периферической нервной системы, мышц, суставов, почек. Наоборот, повышение температуры приводит к избыточному выделению солей из организма, а нарушение солевого баланса также способствует снижению иммунитета, значительной потере внимания и умственной работоспособности. Длительное влияние высокой температуры в сочетании со значительной влажностью может привести к накоплению тепла в организме и к гипертермии.

Цель нашего исследования: оценить микроклиматические условия в помещениях ВУЗа.

Исследования проводились с 1 сентября по 29 декабря 2010 года. Оценивались основные параметры – температурный режим и влажность в помещениях ВУЗа. По результатам исследования получены следующие данные: средняя температура в учебных помещениях главного корпуса ГрГМУ составила +17,0°C, влажность 45%; в лекционных залах температура +16 – +18,0°C, влажность 30–50%. Средняя температура в практикумах лабораторного корпуса по ул. Большая Троицкая находилась в пределах +16 – +18,0°C, влажность – 40%; в лекционной аудитории № 7 средняя температура составила + 18,0°C, влажность 35%. В лекционной аудитории № 8 биологического корпуса по ул. Виленская средняя температура составила + 19,0°C, влажность 30%. Самая высокая средняя температура +21,0°C оказалась в учебных помещениях УЗ «Детская областная клиническая больница» по ул. Островского, влажность согласно измерениям, – 25%.

Согласно Санитарным правилам и нормам 2.1.2.12-13-2006 «Гигиенические требования к устройству, оборудованию и содержанию помещений ВУЗа», температура в учебных помещениях должна находиться в пределах +18 – +23,0°C, влажность 35–60%. По результатам полученных данных мы пришли к выводу, что показания средней температуры и влажности в учебных практикумах и лекционных залах не всегда соответствуют норме, в частности, в некоторых помещениях ВУЗа наблюдалось снижение температурных показателей, что может оказать неблагоприятное влияние на протекание физиологических процессов в организме, привести к снижению умственной и физической работоспособности.

Литература:

1. А.М. Лакшин, А.А. Ляпкало. Гигиена: учебник / Под. Ред. Г.И. Румянцев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 608 с.
2. Ю.П. Пивоваров, Б.Т. Величковский. Гигиена труда / Пивоваров Ю.П., Величковский Б.Т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 592 с.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ НЕСКОЛЬКИХ ПЕРЕМЕННЫХ

Ясюк А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской и биологической физики

Научный руководитель – преп. Хацук Д.В.

Большинство процессов, протекающих в окружающей нас природе, подчинены законам, выражающим зависимость между несколькими аргументами, один из которых функционально связан с остальными.

Любая физиологическая характеристика организма (давление, температура, рост и т. д.) является функцией многих аргументов. Для изучения подобных зависимостей вводится понятие функции нескольких аргументов. Но исследование данной функции сопряжено с рядом трудностей. Эти трудности заключаются в громоздких расчетах и построении графика поверхности исследуемой функции.

Цель. Построить график функции двух переменных и исследовать данную функцию.

Задача:

- построить график исследуемой функции;
- исследовать функцию двух переменных на экстремум.

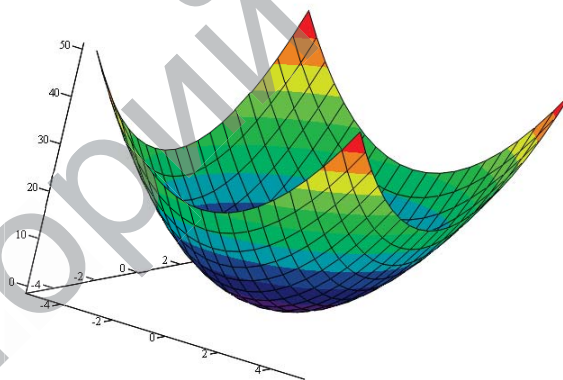
Для реализации поставленной задачи, используется универсальная математическая система Mathcad 15. Она имеет мощные средства для реализации численных методов расчёта и математического моделирования в сочетании с возможностью выполнения многих операций символьной математики.

Рассмотрим функцию

$$z(x, y) = (3-x)^2 + (1+y)^2.$$

Построим в Mathcad график заданной функции.

На построенном графике поверхности отчетливо видно, сколько точек экстремума имеет данная функция. Найдем ее стационарные точки, то есть точки, где частные производные обращаются в ноль. Только в таких точках может быть экстремум функции (необходимое условие экстремума).



Вычислим в Mathcad частные производные первого порядка:

$$\frac{\partial}{\partial x} z(x, y) = -2(3 - x);$$

$$\frac{\partial}{\partial y} z(x, y) = 2y.$$

Теперь ясно, что нас может интересовать точка с координатами (3; 0). Данная точка является точкой экстремума функции $z(x, y)$. В любой окрестности этой точки функция $z(x, y)$ может принимать только положительные значения.

Универсальная математическая система Mathcad 15 традиционно занимает особое место среди множества математических систем и по праву называется самой универсальной и массовой системой. Она позволяет выполнять как численные, так и аналитические (символьные) вычисления, имеет прекрасные средства графики.

Литература:

1. Макаров, Е. Инженерные расчеты в Mathcad 15 / Е. Макаров. – Санкт-Петербург: Питер, 2011. – 400 с.

МЕТАФОРИЗАЦИЯ КАК СПОСОБ ТЕРМИНООБРАЗОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛЕ АНГЛИЙСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И СТОМАТОЛОГИИ)

Яцевич А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра иностранных языков

Научный руководитель – ст. преп. Фёдорова М.А.

Плодотворное развитие какой-либо науки трудно себе представить, если ее концептуальный аппарат не имеет строгой научной терминологии. Специализированная терминология обеспечивает номинирование объектов, явлений и процессов, возникающих в новых областях знаний и сферах деятельности человека.

На современном этапе развития лингвистики, характеризующемся антропоцентризмом, то есть, рассмотрением языковых явлений во взаимосвязи с человеком, его деятельностью и мышлением, новую интерпретацию получает понятие «метафора». В исследованиях, посвященных проблеме метафоры, подчеркивается ее важная роль в построении концептуальной и вербальной систем человека, ее активное участие в категоризации окружающего мира, процессах мышления и восприятия.

В данном исследовании предпринята попытка изучения метафоры ЧЧЛХС в структурно-семантическом, лингво-когнитивном и функциональном аспектах.

Цель работы – описание с позиций теории номинации и когнитивной лингвистики специфики метафорического моделирования и способов экспликации метафоризации в англоязычной терминосистеме черепно-челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

Материалом исследования явились свыше 100 однословных и составных англоязычных терминов-метафор, полученных методом сплошной выборки из терминологических толковых словарей, энциклопедий, справочников, Интернет-каталогов, отраслевых журналов и др.

Объектом исследования является англоязычная терминосистема черепно-челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (ЧЧЛХС).

Предметом исследования выступает метафоризация как способ репрезентации специального знания черепно-челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (ЧЧЛХС).

Терминообразование в системе стоматологии и черепно-челюстно-лицевой хирургии английского языка характеризуется спецификой когнитивных стратегий метафоризации, избирательной активностью метафорических моделей, доказывающих системность этого способа терминообразования, в который вовлечены ключевые понятия исследуемой области знания.

Концептуальный анализ метафорических терминов выявил доминантность антропоморфной модели, по которой образовано 55 % терминов-метафор в исследуемом нами материале. Ведущей моделью в антропоморфной метафоре является модель «Человек», которая составляет 14,1 % от общего количества исследованных метафор. Источниками формирования антропоморфной метафоры являются биологические характеристики людей, названия частей тела и свойств живого организма.

Большое место (10,6 %) в антропоморфной метафоре занимает модель «Построен и их частей», сформированная на основе строительной и архитектурной терминологии. В данной метафорической модели осуществляется перенос по форме и функции из области источника (строительное дело и архитектура) в область цели (стоматология).

Ведущей моделью в неантропоморфной метафоре является «Фауна» – метафора, которая составляет 13 % от общего числа терминов-метафор.

Видное место (11,6 %) в неантропоморфной метафоре занимает «Флора» модель. Метафоры «Флора» отражают как концепт «анатомический объект и его признаки в норме», так и концепт «отклонение от нормы, заболевание».

Содержание

М.П. Шейбак: памяти Учителя, ученого, педагога	
<i>Парамонова Н.С., проф., д.м.н.</i>	3
The other end of parkinsonian neurodegeneration – an intestinal dysfunction, caused by alpha-synuclein aggregation	
<i>Dr. Oleg Anichtchik, MD, PhD</i>	4
О некоторых аспектах профилактики заболеваний военнослужащих, связанных с воздействием холодового фактора	
<i>Абабурко Е.А.</i>	5
Семантико-словообразовательная структура медицинских терминов	
<i>Абдуллаева Н.Х.</i>	6
Приставочные глаголы в языке специальности	
<i>Авезметов Яшнар</i>	7
Течение беременности и родов у матерей, масса тела при рождении и характер вскармливания на первом году жизни у детей с врожденными пороками сердца и дисфункцией эндотелия	
<i>Азарко А.В., Федорук С.М.</i>	7
Характеристика ВИЧ-инфекции по данным аутопсий	
<i>Азарко А.В., Федорук С.М.</i>	8
Применение нагрузки метионином для выявления нарушения метаболизма серосодержащих аминокислот у больных подагрой	
<i>Актилович Н.М., Савош И.А.</i>	10
Изменчивость анатомического строения артерий головки поджелудочной железы	
<i>Актилович И.Ч.</i>	11
Корреляции амплитудных показателей электрокардиограммы с функциональным классом хронической сердечной недостаточности у больных с острыми формами ИБС	
<i>Александрович Ю.Е., Серафинович Ю.И.</i>	12
Аспекты диагностики рака эндометрия	
<i>Алексеева Л.А.</i>	13
Личностные характеристики мужчин, страдающих сахарным диабетом первого типа, в зависимости от типа телосложения	
<i>Алексеюк М.В., Семутенко В.О., Сенько В.И.</i>	14
Особенности катаболизма γ -аминомасляной кислоты в головном мозге крыс при хронической алкогольной интоксикации	
<i>Алешкевич А.А.</i>	15
Проблема адаптации туркменских студентов, обучающихся в Гродненском медицинском университете	
<i>Амангелдиева Г., Сатимов Н.</i>	16
Миопия у студентов: медико-социальные аспекты	
<i>Амбрушкевич А.Ю., Стрижак Е.А.</i>	17
Система перекисного окисления липидов печени как фактор предрасположенности к гепатотоксичности этанола	
<i>Амбрушкевич А.Ю., Стрижак Е.А., Леванович О.Н.</i>	17
Трудности в диагностике эндокринной офтальмопатии	
<i>Амбрушкевич А.Ю.</i>	18
Аминотрансферазная активность в головном мозге крыс при хроническом воздействии этанола	
<i>Андрейчикова Ю.А., Курбат М.Н.</i>	19
Возможность использования некоторых анатомических образований для индивидуализации профильных рентгенограмм головы	
<i>Анин Э.Э., Гордей А.Н.</i>	20

Характеристика здоровья женщин, наблюдающихся в женской консультации № 2 г. Гродно	
<i>Антонович О.А., Курута Ю.А.</i>	21
Сравнительно-сопоставительный анализ английских и русских онкологических терминов желудочно-кишечного тракта	
<i>Апанасевич А.О.</i>	22
Категория рода педиатрических терминов в немецком подязыке медицины	
<i>Апанасевич Е.М.</i>	23
Непроходимость кишечника: этиология, виды операций, исходы	
<i>Апанасенко А.В., Федорук А.М.</i>	24
Значение функций тромбоцитов для практической медицины	
<i>Артюх Т.В.</i>	25
Ботулотоксин: вред или польза	
<i>Асадчик Т.А., Полубинская О.С.</i>	26
Влияние экспериментального холестаза матери на структурные особенности почек 19-суточных плодов	
<i>Асимович Л.В.</i>	27
Особенности клинического течения, диагностики и лечения болезни “кошачьей царапины” у детей	
<i>Бабей М.М., Игнатович Е.С.</i>	28
Вариантная анатомия магистральных артерий конечностей новорожденных	
<i>Баковец Л.С.</i>	29
Морфологическая характеристика соскобов эндометрия при невынашивании беременности ранних сроков	
<i>Балицкая Е.В., Теличко Т.Б.</i>	30
Содержание мелатонина у больных острым панкреатитом	
<i>Баранович Е.Г., Демещик И.О.</i>	31
Опыт использования пробиотика-антагониста «энтерожермина» в комплексной терапии обструктивных бронхитов у детей	
<i>Баранович Е.Г.</i>	32
Влияние древнегреческого языка на английскую медицинскую терминологию (на примере терминов детской хирургии)	
<i>Барташевич Е.И.</i>	33
Конфликт как фактор формирования социальной дезадаптации	
<i>Барцевич М.В.</i>	34
Акушерские и перинатальные факторы риска формирования врожденных пневмоний	
<i>Бахонько Л.С., Бобова А.А., Коваленко О.Р.</i>	35
Эффективность контроля артериального давления в амбулаторной терапевтической практике с помощью комбинированного препарата «лизоретик»	
<i>Башкевич Е.А., Колоскова Е.Ю.</i>	36
Оценка состояния системы гемостаза при ишемическом повреждении головного мозга	
<i>Бегер Т.А., Шепелевич А.М., Алексеевич В.Р.</i>	37
Влияние экспериментального холестаза самок на количественные параметры ацинусов поджелудочной железы плодов в поздние сроки пренатального развития	
<i>Беленинова А.С.</i>	38
Отравления окисью углерода	
<i>Белоголовкина В.Ю., Мосийчук С.В.</i>	39
Теоретический обзор истории развития нанотехнологий и перспектив их применения в медицине	
<i>Белоголовый П.С.</i>	40
Уровень ситуативной и личностной тревожности студентов 1 курса лечебного факультета ГрГМУ	
<i>Белогривый А.П.</i>	41

Хирургические методы лечения ожирения	
Белофост Е.А.....	42
Результаты лечения варикоцеле методом антеградной мошоночной склеротерапии	
Беляков В.В.....	43
Применение лазерного хирургического комплекса «ЛАЗУРИТ» для контактной фрагментации камней мочеточников	
Беляков В.В.....	44
Отношение выпускников к работе в сельской местности	
Билькевич В.М., Буйкевич Е.В.....	45
Мотивационные ценности врачебного персонала	
Близина О.И., Альшанец А.В.....	46
Психоэмоциональное состояние студентов Гродненского государственного медицинского университета и Гродненского государственного университета имени Янки Купалы	
Блохина А.А., Русина Е.И.....	47
Изучение повседневной активности пациентов с болевыми синдромами в спине	
Блохина А.А., Васкевич Е.А.....	48
Причины летальности ВИЧ-инфицированных пациентов	
Бобученко М.А.....	49
Особенности лечения больных сальмонеллезом, вызванным штаммами S.infantis и S.mission	
Богданович Т.И., Данилевич Н.А.....	50
Санация больных с сальмонеллезом, вызванным штаммами S. infantis и S. mission	
Богданович Т.И., Лелюкевич И.М.	51
Свободные аминокислоты в лимфоцитах тимуса и селезенки после введения крысам экстракта природного происхождения	
Божко Д.В., Кирикович Т.А., Кравец Е.С.....	52
Оценка профессиональной патологии среди медицинских работников Гродненской области	
Бондаренко С.Н., Бышук А.А.....	53
Частота встречаемости пивного алкоголизма среди подростков г. Гродно	
Бондаренко А.Н., Скок А.В., Шмурай А.Г.....	54
Течение и исход беременности с пролапсом митрального клапана	
Бондаренко С.Н., Бышук А.А.....	55
Особенности влияния загрязнения пищевых продуктов тяжелыми металлами на организм человека	
Боричевская О.А., Юрашевич М.А.	56
Применение Сплайн-аппроксимации потенциала межмолекулярного взаимодействия при расчетах второго вириального коэффициента	
Бородин М.И., Галлиулина А.Ю.....	57
Состояние серотонинергической системы в некоторых отделах головного мозга в динамике хронической алкогольной и морфиновой интоксикации	
Бородинская В.В., Лелевич С.В.....	58
Причинные факторы варикозной болезни в аспекте лечения	
Брикач А.В., Малич А.М., Бруй Н.А., Некрашевич Л.В.	59
Анализ результатов артроскопических резекций менисков коленного сустава	
Брицько А.А.	60
Особенности социального функционирования больных рассеянным склерозом	
Брылева А.А., Дравица Е.В.	61
Использование аллопротезирования для хирургической коррекции опущения и выпадения внутренних половых органов	
Буденис О.А., Климович С.С., Милошевская Ю.И.	62
Анализ состояния здоровья врачей больниц сестринского ухода	
Буйкевич Д.В., Неверко К.Н.....	63

Физическая активность студенческой молодёжи как причина недостаточного потенциала здоровья	
<i>Бурбицкая Т.А., Куратник О.Н.</i>	64
Приспособление для моделирования контактных отморожений у лабораторных крыс	
<i>Бурыкин П.С.</i>	65
Течение гнойного менингита у больных с сопутствующей энтеровирусной инфекцией	
<i>Бутевич Ю.В., Власкина М.С., Багрим А.Н., Юшкевич А.С.</i>	66
Нервно-психическая устойчивость студентов Гродненского государственного медицинского университета и университета им. Янки Купалы	
<i>Бутрим В.В., Долбенко А.Н.</i>	67
Изменение тонуса вегетативной нервной системы при переводе часов на зимнее время	
<i>Бушма О.С., Луд Н.М.</i>	68
О проблеме курения среди молодёжи	
<i>Быков Е.С., Быченко А.В.</i>	69
Анализ ЭКГ в процессе табакокурения	
<i>Быков Е.С., Быченко А.В.</i>	70
Конституциональные особенности мужчин зрелого возраста с патологией дыхательной системы	
<i>Быков Е.С., Быченко А.В.</i>	71
Конституциональные особенности мужчин зрелого возраста с патологией сердечно-сосудистой системы	
<i>Быков Е.С., Быченко А.В.</i>	72
Влияние внепеченочного холестаза, вызванного у беременных крыс, на состояние печени потомства	
<i>Быков Е.С., Быченко А.В.</i>	73
Деятельность “уличных художников”, или граффити от древности до наших дней	
<i>Быков Е.С.</i>	74
История Гродненского лейб-гвардии гусарского полка	
<i>Быков Е.С., Быченко А.В.</i>	75
Разработка и применение скрининговой версии опросника для диагностики бронхиальной астмы и аллергических заболеваний кожных покровов у студентов-спортсменов	
<i>Быкова Н. В., Василюк А.П.</i>	76
Некоторые вопросы организации специальной подготовки личного состава военно-медицинской службы в период Великой Отечественной войны	
<i>Быченко А.В., Быков Е.С.</i>	77
Качественное состояние водных ресурсов Республики Беларусь на примере реки Неман	
<i>Быченко А.В., Быков Е.С.</i>	78
Лечение некротического энтероколита (НЭК) у новорожденных	
<i>Вайтехович Т.В.</i>	79
К вопросу о вторичных аппендицитах в ургентной хирургии и гинекологии	
<i>Валентюкевич А.Л.</i>	80
Абавязковыя нормы і патрабаванні пры працы з тэрмінамі	
<i>Варанец А.В.</i>	81
Личностные особенности парасуицидентов	
<i>Васкевич Е.А., Дравица Е.В.</i>	82
Оценка качества жизни пациентов, страдающих шизофренией	
<i>Васкевич Е.А., Соболевский С.И., Зиматкина О.С.</i>	83
Анализ работы смотровых кабинетов областного центра по ранней диагностике воспалительных и фоновых гинекологических заболеваний	
<i>Васкевич Е.А., Насевич Е.В., Бондаренко С.Н.</i>	84

Эпоха реформации в Беларуси: общемировой и национальный контекст <i>Вашкевич Е.К.</i>	85
Вкусовые предпочтения и алиментарно-зависимые заболевания у школьников г. Гродно <i>Веракшич Н.А.</i>	86
Сравнительный анализ микробиоценоза кишечника при хронической интоксикации этанолом и свинцом <i>Веракшич Н.А., Свидинская М.В.</i>	87
Состояние здоровья школьников и влияющие на него факторы <i>Веракшич Н.А.</i>	88
Связь среднего балла с оценкой на дифференцированном зачете <i>Веремейчик Д.М.</i>	89
Пренатальная и постнатальная диагностика пороков развития желудочно-кишечного тракта у детей <i>Веремчук И.Г.</i>	90
Придворный этикет в Речи Посполитой <i>Веселуха М.А.</i>	91
Сопряженность пальцевой дерматоглифики с сосудистыми заболеваниями головного мозга <i>Вильчинская Л.П.</i>	92
Формы нарушения мозгового кровообращения в зависимости от типа телосложения <i>Вильчинская Л.П.</i>	93
Удельный вес заболеваний, встречающихся у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами <i>Вирковский А.В.</i>	94
Об участии L-аргинин-NO системы в процессах детоксикации, терморегуляции и формировании тиреоидного статуса организма при бактериальной эндотоксинемии <i>Висмонт А.Ф., Глебов М.А.</i>	95
Черепно-мозговая травма, как фактор, отягчающий течение гнойного менингита <i>Власкина М.С., Бутевич Ю.В., Багрим А.Н., Сергиенко Е.И.</i>	96
Морфологическая характеристика очагов эктопии при аденомиозе <i>Водчиц Т. А., Козлович О. Г.</i>	97
Особенности формирования лоскута латеральной поверхности бедра на перфорирующих перегородочно-кожных сосудах с учётом концепции ангиосомного строения организма <i>Волков В.С., Мельников Н.В.</i>	98
Особенность поля зрения для красного цвета у разных соматотипов среди студентов- юношей <i>Волков В.С.</i>	99
Оценка зрения у разных соматотипов среди юношей Гродненского медуниверситета <i>Волков В.С., Мельников Н.В.</i>	100
Эндоскопические вмешательства при стенозе большого дуоденального сосочка <i>Волков В.С., Мельников Н.В.</i>	101
Оценка питания женщин фертильного возраста методом анализа частоты потребления пищевых продуктов <i>Волков В.С., Мельников Н.В.</i>	101
Диастолическая функция левого желудочка у детей <i>Волкова О.В.</i>	102
Функциональное состояние эндотелия у детей с бронхиальной астмой <i>Волкова О.А.</i>	103
Специфика медицинской терминологии во французском языке <i>Волошук И.И.</i>	104
Многоплодная беременность. Течение и исходы <i>Волчецкий Е.В., Горяева К.К., Гончарук Е.С.</i>	105

Дифференцированное лечение больных бронхиальной астмой с учетом психовегетативных нарушений <i>Вольская Н.С., Власкина М.С., Пучкова А.С.</i>	106
Тонус вегетативной нервной системы и психоэмоциональный статус у больных бронхиальной астмой <i>Вольская Н.С., Власкина М.С., Пучкова А.С.</i>	107
Факторы риска развития патологии мочевого системы у грудных детей <i>Врублевская Е.Л.</i>	108
Влияние профессиональных стрессов на эмоциональное состояние медицинских работников <i>Н.В. Выберанец, А.В. Жданович</i>	109
К вопросу об образе жизни студента медуниверситета <i>Гайда И.Ю., Дудук С.Л.</i>	110
Современные подходы в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж <i>Гайдук А.В., Дюрдь В.К.</i>	111
Анализ временных показателей ЭКГ у здоровых испытуемых при переходе на зимнее время <i>Галецкая О.С., Черник И.В.</i>	112
Качество жизни и психоэмоциональное состояние больных с диабетической полинейропатией <i>Галкина Е.В., Шлавенец Т.И.</i>	113
Кефалогематомы у первородящих женщин: взгляд на проблему <i>Ганчар Е.П.</i>	115
Особенности течения беременности у курящих женщин <i>Ганчар Е.П.</i>	116
Оценка тяжести термических поражений у детей младшего возраста на догоспитальном этапе <i>Глуткин А.В.</i>	117
Влияние мелатонина на уровень цистеина и гомоцистеина при гипотермии и последующем отогревании крыс <i>Глуткин С.В., Шерешовец А.Г.</i>	118
Плейотропный эффект симвастатина <i>Глуткина Н.В.</i>	119
Новый метод повышения приверженности больных с артериальной гипертензией к назначенному лечению <i>Гончарук В.В., Сикерич Т.В.</i>	120
Вариантная анатомия верхней глазничной щели <i>Гончарук В.В.</i>	121
Течение беременности и исходы родов с плацентарной недостаточностью <i>Гончарук Е.С., Волчецкий Е.В.</i>	122
К истории гидростатической пробы клавдия галена на живорожденность младенцев <i>Гордей А.Н., Анин Э.Э.</i>	123
Невесомость для медицины <i>Горелов Р.Н.</i>	124
Реактор и медицина <i>Горелов Р.Н.</i>	125
Определение качества жизни у больных инфарктом миокарда <i>Горох В.М., Шейко Е.В.</i>	126
Корреляции морфометрических показателей венечных артерий <i>Горустович О.А., Волчкевич Д.А.</i>	127
ЭКГ оценка факторов, провоцирующих синусовую аритмию <i>Граблюк О.В., Ходеко В.Г.</i>	128

Определение микрофлоры и обоснованность антибактериальной терапии при лечении острого калькулезного холецистита <i>Гришкевич В.П., Карасёв Р.Ю.</i>	129
Возможности использования магнитно-резонансной томографии (МРТ) для дифференциальной диагностики менингеального синдрома <i>Гудачевская С.Р.</i>	130
Исторические памятники д. Ищелно Щучинского района <i>Гукасова Ж. К.</i>	131
Взаимосвязь между хроническим вирусным гепатитом С и сахарным диабетом <i>Гулинская О.В.</i>	132
Аминокислотный дисбаланс у пациентов с сахарным диабетом и хроническим вирусным гепатитом С <i>Гулинская О.В., Курбат М.Н.</i>	133
Типы тепловых насосов, принцип действия, преимущества и перспективы использования <i>Гуляй Н.И., Муромцева Е.И.</i>	134
Исторический опыт подготовки военных фармацевтов <i>Гурин Е.А.</i>	135
Психические и неврологические нарушения в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы <i>Гусар А.И.</i>	136
Особенности распространения ВИЧ-инфекции в Брестской области <i>Гучок В.С., Смольский А.В.</i>	137
Особенности и тяжесть течения псориаза у детей <i>Гуща А.В., Стацкевич И.И.</i>	137
Изучение размеров таза у современных молодых девушек и анализ факторов, влияющих на их формирование <i>Деменчук Е.С.</i>	138
История формирования движения Красного Креста <i>Демко Д.С.</i>	139
Динамика выявляемости хронических гастродуоденальных заболеваний у детей по данным эндоскопических исследований <i>Денищик О.В., Орлик А.В.</i>	140
К вопросу о дифференциальной диагностике между клещевым энцефалитом и болезнью лайма <i>Дервис А.И., Касюк И.А., Сикерич Т.В., Спирина О.В., Гончарова К.О.</i>	141
Разработка алгоритма численного решения стационарного уравнения Шредингера в среде Mathcad <i>Дерунец В. А., Чаплинская О. И.</i>	142
Научное обоснование военно-профессиональной деятельности военнослужащих <i>Децук П.Н.</i>	143
Изменение обмена гомоцистеина при фибрилляции предсердий <i>Дешко М.С.</i>	144
Прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при лучевой терапии рака гортани и гортаноглотки <i>Дмитриева Д.А., Костко О.А.</i>	145
Антибактериальный и фотодинамический эффект наночастиц серебра <i>Довнар Р.И.</i>	146
Дифференциальная диагностика острой (нестерпимой) боли в грудной клетке, сопровождающейся появлением шумов в сердце <i>Дорда Т.И., Коневега О.С.</i>	148
Сопоставительный анализ латинской и английской анатомической номенклатуры в terminologia anatomica <i>Дорогиевич А.С.</i>	149

Вопросы организации водоснабжения Вооруженных Сил Республики Беларусь в стационарных условиях <i>Дорофей С.Г., Янушевич Н.А., Гресь С.В.</i>	150
Отражение психофизиологического состояния в цветовых предпочтениях у пациентов с болями в спине <i>Дорошкевич М.О.</i>	151
Этиологическая роль кандид различных видов в развитии орофарингеального кандидоза <i>Дранец Т.Л., Волонтей В.Э.</i>	152
Активность транскетолазы в печени крыс при прерывистой алкогольной интоксикации и введении препарата «Сибитадин» <i>Драчова О.В.</i>	153
Особенности санитарно-гигиенического обеспечения на фронте и в тылу во время Великой Отечественной войны <i>Дрокина А.А.</i>	154
Методология оценки факторов риска и формирование здоровья учащейся молодежи <i>Дрокина А.А.</i>	155
Оценка состояния промежности у женщин репродуктивного возраста <i>Дубицкая Н.А., Ларченко Е.А.</i>	156
Влияние комплексной терапии на пуриновый метаболизм у пациентов с подагрой в сочетании с ИБС <i>Дубицкая Н.А., Ларченко Е.А.</i>	157
Определение прогностических факторов для формирования групп риска по развитию рахита, анемии, аллергических заболеваний <i>Дубицкая Н.А., Ларченко Е.А.</i>	158
Перитонзиллярный абсцесс у детей <i>Дубровская О.В., Хильмончик Т.И.</i>	159
Особенности строения и гистохимических свойств печени у 45-суточных крысят, родившихся от матерей с экспериментальным холестазом <i>Дудук Н.И.</i>	160
Применение лазерной терапии для лечения больных синдромом диабетической стопы <i>Дыбов О.Г.</i>	161
Гнойный илеопсоит: вопросы этиологии, диагностики и лечения <i>Дюрдь В.К.</i>	162
Отношение студентов ГрГМУ к источникам неионизирующего излучения в жилых помещениях <i>Дядюк А.В., Баранов А.А.</i>	163
Оценка физической работоспособности у девушек-школьниц <i>Емельянчик И.Ю.</i>	164
Особенности сердечного индекса и объемной скорости изгнания у девушек-школьниц разных типов гемодинамики <i>Емельянчик И.Ю.</i>	165
Типы гемодинамики у учащихся-девушек <i>Емельянчик И.Ю.</i>	166
Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей: принципы лечения и реабилитации больных <i>Епифанов М.И.</i>	167
Ампутация конечностей по экстренным показаниям у пациентов с хронической артериальной недостаточностью <i>Еременко М.Ю.</i>	168
Влияние холестаза на течение ишемических повреждений головного мозга в эксперименте <i>Жагун Э.Е.</i>	169

Эффект сауны на процессы свободнорадикального окисления липидов <i>Жадько Д.Д., Околокулак К.Е.</i>	170
Оценка эффективности лечения больных злокачественными новообразованиями яичников <i>Жандарова А.К., Шаблина О.В.</i>	171
Особенности сексуального поведения и акушерского анамнеза у молодых женщин с хронической тазовой болью <i>Жандарова А.К., Черняк А.С.</i>	172
Анализ механизма движения сегмента позвоночника на основе полной амплитуды движения позвонков <i>Жарнова О.А., Батыров Э.А.</i>	173
Определение активности мышц по полной амплитуде движения позвоночника <i>Жарнова О.А.</i>	174
Эндоскопические методы лечения и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при синдроме портальной гипертензии <i>Желдак А. Ч.</i>	175
Принципы лечения желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой <i>Жибер О.В., Прохорова Л.И.</i>	176
Патогенетические особенности течения и лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы <i>Живушко Д.Р., Боева В.В.</i>	177
Психологическая адаптация онкологических больных <i>Жидко Ю.Л.</i>	178
Характер питания студентов и его взаимосвязь с успеваемостью и степенью депрессии <i>Жмайлик Р.Р.</i>	179
Опыт разработки графических моделей позиционирования 4-камерных срезов сердца плода для АРМ врача УЗИ «АССИСТЕНТ» <i>Зайцева Т.М.</i>	180
Скорость распространения пульсовой волны у здоровых лиц с различными факторами риска атеросклероза <i>Заневский А.Л., Тюрин Е.О., Беляков В.В.</i>	180
Психоэмоциональное состояние, когнитивные функции, качество жизни и внутренняя картина болезни пациентов с дисциркуляторной и дисметаболической энцефалопатиями <i>Захаркевич В.А.</i>	181
Плотность распределения, количество нейронов и объем гистаминергических ядер гипоталамуса крысы <i>Захарко А.И.</i>	183
Модуляция функциональной активности нейтрофилов <i>Захарко А.И., Маркевич Е.Е., Олехнович П.З.</i>	184
Влияние вегетативного тонуса на показатели суточного профиля артериального давления у мужчин призывного возраста с артериальной гипертензией 1–2 степени <i>Заяц А.Н.</i>	185
Студенческая молодежь в годы революционного подъема на рубеже XIX-XX веков <i>Зданович Н.П.</i>	186
Анализ заболеваемости и болезненности деменциями в Гродненской области Республики Беларусь <i>Земба И.Е., Вольская Н.С., Семенчук Ю.В.</i>	187
Варусная установка нижних конечностей: роль мышечков бедра <i>Иванцов А.В.</i>	188
Особенности гиалинового хряща мышечков бедра у детей 3-7 лет в норме и при плоскостопии <i>Иванцов А.В.</i>	189

Приспособительные реакции менискового комплекса коленного сустава у детей 3-7 лет в норме и при плоскостопии <i>Иванцов А.В.</i>	190
Женщины на службе в армии <i>Ильюкевич Е.Н.</i>	191
Параметры пула свободных аминокислот в разных отделах головного мозга крыс в динамике хронической алкогольной интоксикации <i>Иоскевич А.А.</i>	192
Пул свободных аминокислот в некоторых отделах головного мозга крыс при хронической алкогольной интоксикации <i>Иоскевич А.А.</i>	192
Период ранней адаптации у детей, рожденных от матерей с фетоплацентарной недостаточностью	193
<i>Исаенко М.С., Мандрикова Д.М.</i>	193
Существующие подходы к реализации модели хронического введения липополисахарида <i>Казак М.Э.</i>	194
Сопоставительная типология терминов в системе медицинского образования Германии и Беларуси <i>Казакевич В.А.</i>	195
Особенности течения внематочной беременности в современных условиях <i>Казанович Е.С.</i>	196
Терапия препаратом вальпроевой кислоты – депакин хроно генерализованной симптоматической эпилепсии у детей и подростков <i>Казанович К.С., Гончарук В.В., *Суцевич Н.В.</i>	197
Исследование личностного профиля больных ишемической болезнью сердца <i>Калинина Н.А.</i>	198
Однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава в лечении пациентов старших возрастных групп с переломами шейки бедренной кости <i>Карев Б.Д., Серединская Е.Д., Побыец А.М.</i>	199
Морфометрическая характеристика коры мозжечка 15-суточных крысят, рожденных от матерей с экспериментальным холестазом <i>Карнюшко О.А., Рощевская Г.М.</i>	200
Характеристика регуляторных влияний вегетативной нервной системы у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения в зависимости от пола <i>Карпович О.А., Якубчик Т.Н.</i>	201
Гастроэнтерологические проявления дисплазии соединительной ткани <i>Карчевский А.А.</i>	202
Зависимость кардиотонической терапии от катехоламинового статуса пуповинной крови недоношенных новорожденных детей <i>Каткова Е.В.</i>	203
Оценка качества жизни больных после органосохраняющих операций при хроническом панкреатите <i>Качановская А.А.</i>	204
Определяющие мотивы в выборе профессии врача	205
<i>Кашко О.Н.</i>	205
Исходы родов при многоплодной беременности	206
<i>Клим Л.В.</i>	206
Исследование проблемы мотивации студента медвуза к учебному дистантному общению <i>Кобылянская А.Р.</i>	206

Изменения содержания аминокислот в печени и в стволе мозга при хронической алкогольной интоксикации. Коррекция дисбаланса аминокислот совместным введением таурина и сульфата цинка	
<i>Ковалик С.С.</i>	207
Динамика адаптационных реакций у больных туберкулезом	
<i>Коваль М.И., Матвейчик А.И., Видергольд Д. В.</i>	208
Лазерные технологии в лечении варикозной болезни	
<i>Ковальчук Т.В., Смотрин И.С., Рум Е.Т.</i>	209
Причины прерывания беременностей при врожденных пороках развития плода	
<i>Ковальчук К.В., Стельмашук А.С.</i>	210
Особенность фенотипа и пороки внутренних органов у детей Гродненской области с синдромом Дауна	
<i>Козлова Т.А., Иодковская А.В.</i>	211
Варианты кровоснабжения толстой кишки	
<i>Козловская А.В., Ложко П.П., Мармыш В.Г.</i>	212
Анализ отношения студентов ГрГМУ к роли грибов в питании и возникновении пищевых отравлений	
<i>Козловская А.В.</i>	213
Противоаритмическое действие нового производного декагидрохинолина на хлоридкальциевой и аконитиновой моделях аритмии у крыс	
<i>Козловская А.В., Ложко П.П., Лушко А.В., Чилимцев А.М., Гайдук А.В.</i>	214
Использование модифицированного алгоритма для численных расчетов второго вириального коэффициента	
<i>Козырская В.А., Шарейко А.В.</i>	215
Влияние климата на южную агроклиматическую область	
<i>Кокина Ю.А.</i>	216
Мерчендайзинг – «безмолвный продавец»	
<i>Кокина Ю.А.</i>	217
Изучение разницы в успеваемости среди левшей и правшей Гродненского государственного медицинского университета	
<i>Кондратович Е.Н., Соловей Я.В., Курбат М.Н.</i>	218
Здоровый образ жизни как основа профилактики онтогенетической модели развития неинфекционных заболеваний	
<i>Кондратович Е.Н., Соловей Я.В.</i>	219
85-я стрелковая дивизия в боях под Гродно	
<i>Кондрачук П.В.</i>	220
Качество жизни больных псориазом с артритом при наличии и отсутствии урогенитального хламидиоза	
<i>Конкин Д.Е.</i>	221
Собственные немецкие термины психологической и психиатрической наук и их репрезентация в других языках	
<i>Кончик Ю.И.</i>	222
Гигиенические требования к форме одежды и обуви военнослужащих	
<i>Конюк Л.А., Лукаш Л.М.</i>	223
Врожденные пороки развития сердечно-сосудистой системы: анализ данных протоколов вскрытий в детском отделении Гродненского областного патологоанатомического бюро за 2005–2009 годы	
<i>Коренев Е.А.</i>	224
Феномен гомосексуализма в молодежной среде	
<i>Коренский Н.В.</i>	225
Проблема «смены пола» в контексте медицины и права	
<i>Коренский Н.В.</i>	226

К вопросу об определении концепта динамического стереотипа (библиографическое исследование)	227
<i>Костюкович С.В., Криницкий Д.Ю.</i>	
Фонд свободных аминокислот в коре головного мозга при интоксикации этанолом	228
<i>Костяхина Г.А., Курбат М.Н.</i>	
Результаты лечения детей с мобильной формой плосковальгусной деформации стоп методом корригирующего латерального артрориза подтаранного сустава	229
<i>Кошман Г.А., Мофиджудди И.</i>	
Обзор наиболее эффективных методов хирургического лечения цирроза печени с синдромом портальной гипертензии	230
<i>Кощеев Ю.А., Таразевич Н.К., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В., Юргель А.В.</i>	
Опыт применения методов хирургической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии в центре гастродуоденальных кровотечений	231
<i>Кощеев Ю.А., Таразевич Н.К., Мармыш В.Г., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В.</i>	
Результаты лечения ранений ЛОР-органов в Афганистане: 1979-1989 гг.	232
<i>Кощеев Ю.А.</i>	
Результаты применения лазерного излучения в комплексной терапии флегмон челюстно-лицевой области	233
<i>Кравцевич Л.А.</i>	
Особенности анестезиологической помощи больным с флегмонами челюстно- лицевой области и шеи	234
<i>Кравцевич Л.А., Радевич А.П., Колесник В.И., Солтан Л.Г.</i>	
Профиль личности психосоматического больного	235
<i>Кравцевич А.А., Хаустович А.А.</i>	
Метод лечения прогрессирующей близорукости у детей	236
<i>Кринец О.О.</i>	
Некоторые аспекты биохимической асимметрии головного мозга	237
<i>Криницкий Д.Ю., Горгадзе Д.Л., Курбат М.Н.</i>	
Зигмунд Фрейд и фундаментальные медицинские науки (историко-библиографическое исследование)	238
<i>Криницкий Д.Ю.</i>	
К вопросу об определении концепта доминанты (библиографическое исследование)	239
<i>Криницкий Д.Ю.</i>	
Категориальные основы номинации в клинической психиатрической терминологии (на материале английского языка)	240
<i>Криницкий Д.Ю.</i>	
Этические проблемы в психиатрии	241
<i>Криницкий Д.Ю.</i>	
Психические и поведенческие расстройства у несовершеннолетних потерпевших: комплексная оценка	242
<i>Кринчик Т.Ю.</i>	
Влияние экзогенного введения аминокислот на содержание протеиногенных аминокислот в лимфоцитах	243
<i>Кудрик А.Ю.</i>	
Факторы риска развития сахарного диабета 1 типа у детей	244
<i>Кузина Т.В., Романчук О.В.</i>	
Отношение студентов Гродненского государственного медицинского университета к профилактике йододефицита	245
<i>Кукса В.А.</i>	
Обучение реферированию специальных медицинских текстов на иностранном языке	246
<i>Кулагина М.Е.</i>	

Эпидемиологические особенности респираторно-синцитиальной инфекции в современных условиях	247
Кулан О.А.	
Замовы як элемент народной медицины	248
Кулісевич Г.А.	
Сравнительный анализ реконструктивных операций при хронической критической ишемии нижних конечностей	249
Куль С.А.	
Сопоставление самооценки частоты употребления алкоголя учащимися колледжей и объективного поведения	250
Куль Т.И., Куль С.А.	
Медицинский термин и его основные свойства	251
Курбанова О.А.	
Латерализация аминокислотного фонда в лобных отделах коры больших полушарий при алкогольной интоксикации	252
Курбат М.Н., Кринец О.О.	
Распространенность галлюциногенных наркотиков среди несовершеннолетних в Республике Беларусь	253
Курилович Л.С.	
Мутации гена BRCA в белорусской популяции	254
Курстак И.А.	
Физическая активность студентов второго и третьего курсов медико-диагностического факультета	255
Кухарева О.А., Попова С.А.	
Триггерные факторы невынашивания беременности	255
Кухарчик Ю.В., Мельник О.О., Храмченко Н.Д.	
Отношение к вопросам питания студенток разного телосложения	257
Кухарчик Е. И., Кукса В.А.	
Некоторые особенности течения инфекционных заболеваний у детей первого года жизни	258
Кухарчик В.В., Лукашевич А.М.	
Закономерности распределения генотипов ВГС при коинфекции ВИЧ/ВГС у пациентов Гродненского региона	258
Лазута Е.М., Токарчук Т.Г.	
Пути становления немецкой медицинской терминологии. Этапы её развития	259
Лазюк А. А., Сыч Т. Ю.	
Распространенность раннего детского аутизма в разных возрастных категориях населения Гродненской области	260
Лайша Д.Ю.	
Значение суточного мониторирования артериального давления при оценке поражения почек у больных с артериальной гипертензией	261
Лакотко Т.Г., Петрулевич Ю.Я.	
Использование дисперсионного и факторного анализа для выявления характерных черт личности у лиц с попыткой суицида	262
Ланыш О.М.	
Уровни серосодержащих аминокислот у пациентов с подагрой без и с дисфункцией эндотелия	263
Ларченко Е.А., Дубицкая Н.А.	
Исторические аспекты возникновения и развития военной гигиены	264
Лахадыхов А.С.	
Паразитарный индекс как эпидемиологический критерий заболеваемости военнослужащих чесоткой	265
Лебедев С.М., Цыганков А.М.	

Обоснованность волновых методов в медицинской практике <i>Левин В.И.</i>	266
Медико-социальные аспекты контингента больных, лечившихся в отделении внегочного туберкулеза <i>Левыкина И.А., Лойко Е.И.</i>	267
Влияние алкогольной интоксикации на коагуляционный гемостаз <i>Лелевич А.В., Бублевич Н.В.</i>	269
Половые различия артериального давления у студентов <i>Лелевич А.В., Бегер Т.А., Шляхтун А.Г., Максимович Е.Н., Юрча С.А., Сергей О.А., Господарик К.В., Найдено И.А., Лукьянова О.И., Костко О.А., Дмитриева Д.А.</i>	270
Тип реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку у студентов с повышенным индексом массы тела <i>Лелевич А.В., Бегер Т.А., Шляхтун А.Г., Максимович Е.Н., Дмитриева Д.А., Костко О.А., Юрча С.А., Сергей О.А., Господарик К.В., Найдено И.А., Лукьянова О.И.</i>	271
Частота пульса и типы ВНД у студентов ГрГМУ <i>Лелевич А.В., Бегер Т.А., Костко О.А., Дмитриева Д.А., Соболевский В.А., Герасимчик Е.В., Попович В.В., Шляхтун А.Г., Максимович Е.Н., Лукьянова О.И.</i>	272
Реконструктивно-восстановительные операции в хирургической реабилитации стомитованных больных <i>Лемеза С.С.</i>	273
Усиление эффекта базисной терапии бронхиальной астмы <i>Лемешевская З.П.</i>	274
Влияние электромагнитного поля на кислородтранспортную функцию крови крыс <i>Лепеев В.О., Ольшевский Д.Ю.</i>	275
Грецизмы в анатомической терминологии (скелет человека) <i>Лепешко Т.И.</i>	276
Формы проявления агрессивного поведения детьми дошкольного возраста <i>Леусик И.А., Филон Ю.Н.</i>	277
«Так же как все...»: беременность и роды после ЭКО <i>Лешкевич Т.И., Боброва М.С.</i>	278
Действие никотинамида и никетамида на активность монооксигеназной системы печени крыс, подвергнутых частичной гепатэктомии <i>Лещук С.С.</i>	279
Влияние никетамида на параметры фармакокинетики антипирина у кроликов с CCl ₄ -гепатозогепатитом <i>Лещук С.С.</i>	280
Влияние никотинамида и никетамида на скорость элиминации антипирина у крыс с гидразиновым поражением печени <i>Лещук С.С.</i>	281
Влияние никотинамида и никетамида на функцию монооксигеназной системы крыс с поражением печени CCl ₄ <i>Лещук С.С.</i>	282
Оценка эффективности лечения острого среднего отита у детей в возрасте до двух лет <i>Лис Т.М., Марцинович А.М., Сорокина Т.Б.</i>	283
Причины обращаемости городского населения за скорой медицинской помощью <i>Лисовский П.Ч.</i>	284
Показатели функции внешнего дыхания у детей с малыми аномалиями развития сердца <i>Лисовский П.Ч., Мелько Н.И.</i>	285

Особенности контингента госпитализированных больных буллезными дерматозами в западных регионах Беларуси <i>Листванович Е.В.</i>	286
Вариантная анатомия почечных артерий плодов человека <i>Литавор Д.М.</i>	287
Проблема дефицита йода глазами студента-медика <i>Литвин Д.С.</i>	288
Противоаритмическая активность нового производного декагидрохинолина <i>Ложко П.П., Гайдук А. В., Таразевич Н. К., Господарик Ю.Ю., Амбрушкевич А.Ю.</i>	289
Осложнения амбулаторной флебэктомии нижних конечностей <i>Ложко П.П.</i>	290
Взаимосвязь параметров физиологического портрета с успеваемостью и употреблением алкоголя студентами <i>Ложко П.П.</i>	291
Восстановление здравоохранения Гродненщины в первое послевоенное десятилетие <i>Ложко П.П.</i>	292
Частота встречаемости узкого таза среди рожениц Калининградской области <i>Лосева В.В.</i>	293
Характеристика пациентов хирургического стационара, госпитализированных по поводу рожи <i>Лукашевич Н.А., Сацута А.В., Коляда А.В.</i>	293
Особенности освоения латинских заимствований в медицинском английском (на примере анатомических терминов) <i>Лукашевич Ю.Ф.</i>	294
Демонстрация прямого магнитострикционного эффекта <i>Лукашик Е.Е., Мигуро Е.Н.</i>	295
Нормы и правила личной гигиены военнослужащих <i>Лушка Л.М., Конюк Л.А.</i>	296
Научное обоснование, цели, задачи и организация лечебного питания в Вооруженных Силах Республики Беларусь и лечебно-профилактических учреждениях <i>Лукьянова О. И., Оскирко О. В.</i>	297
О проблеме повышения степени осведомленности студентов в вопросах наркомании <i>Лушко А.В., Чилимцев А.М., Ложко П.П.</i>	298
Пищевые добавки в продуктах питания как вредный или благоприятный для здоровья экологический фактор <i>Любич В.Н.</i>	299
О проблеме воздействия радона на здоровье человека <i>Лясота Ю.С.</i>	300
Влияние однократного поступления свинца в организм на состояние серотонинэргической системы мозга животных <i>Лях И.В.</i>	301
Влияние однократного поступления свинца в организм животных на обмен катехоламинов в головном мозге <i>Лях И.В.</i>	302
Современные аспекты реабилитации травм в спорте <i>Мазур А.И.</i>	303
Философия и медицинское знание <i>Майсюк А.И.</i>	304
Сравнительная характеристика методов лечения переломов костей голени <i>Макаревич Д.Г., Подгайский С.В.</i>	305
Этика «благоговения перед жизнью» Альберта Швейцера <i>Макаревич Ю.А.</i>	306

Особенности клинического течения блефароконъюнктивита демодекозной этиологии	
<i>Мардас Т.И., Павловская М.А.</i>	307
Состояние здоровья детей с синдромом увеличенной вилочковой железы	
<i>Мардас Т.И., Павловская М.А.</i>	308
Эндоскопический гемостаз в системе лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК)	
<i>Мармыш В.Г., Басай Д.В.</i>	309
Профилактика несостоятельности панкреатикоэнтероанастомоза в эксперименте	
<i>Мармыш В.Г.</i>	310
Выявление наиболее часто определяемых при бактериемии микроорганизмов и анализ их чувствительности и резистентности к различным антибактериальным препаратам	
<i>Мартынюк С.А., Тайрова Е.Ш.</i>	311
Влияние лактата в неонатальном периоде на нервно–психическое и физическое развитие детей первого года жизни	
<i>Маслова В.Т.</i>	312
Определение региональных особенностей параметров фетометрии в Калининградской области	
<i>Маташенко О.О., Степанян И.А.</i>	313
Фитотерапия как компонент лечения сахарного диабета	
<i>Матюш И.Н.</i>	314
Значение исследования простат-специфического антигена у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	
<i>Махина О.В., Новицкая Р.В., Шмурай А.Г.</i>	315
Гистологическая оценка состояния плацентарной ткани при синдроме фетоплацентарной недостаточности	
<i>Мендрюкова М.В., Ильюкевич Е.Н.</i>	316
Роль среднего медицинского персонала в обеспечении скорой медицинской помощью населения	
<i>Метлашкова О.А., Блохина А.А., Лисовский П.Ч.</i>	317
Особенности течения ранних форм эндокринной офтальмопатии	
<i>Микульчик С.Е.</i>	318
Гематологические мотивы в произведениях художественной литературы	
<i>Миленцевич А.</i>	319
Заболеваемость больных наркоманией и смертность ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков	
<i>Милошевская Ю.И.</i>	320
Результаты исследования медико-социальных характеристик женщин, имевших в анамнезе четыре и более беременностей	
<i>Милошевская Ю.И., Хомбак М.С., Мелько Н.И.</i>	321
Микробиологическое обоснование применения фотодинамической терапии в лечении острого парапроктита	
<i>Милошевский Е.В., Гайдук А.В.</i>	322
Оценка применения фотодинамической терапии в лечении острого парапроктита	
<i>Милошевский Е.В.</i>	323
Производные аминокислот в лимфоцитах тимуса и селезенки после введения крысам экстракта природного происхождения	
<i>Минчук Е.А., Родич А.А., Божко Д.В.</i>	324
Рентгеновские исследования у женщин с генитальным пролапсом и стрессовым недержание мочи	
<i>Михаленя А.В.</i>	325
Течение гематурии у детей	
<i>Михаловская М.Г., Карапетян А.С.</i>	326

Аллергические реакции как причина госпитализации <i>Михаловская М.Г., Мысливец И.А.</i>	327
Особенности слизистой желудка плодов, развивающихся в условиях холестаза матери <i>Михальчук И.И.</i>	328
Анализ демографической ситуации по г. Лида и Лидскому району <i>Михолап С.С., Панкевич И.С.</i>	329
Индивидуально-психологические особенности женщин с избыточной массой тела <i>Мойсеёнок Е.Н.</i>	330
Биомаркеры антиоксидантного статуса женщин репродуктивного возраста <i>Мойсеёнок Е.А., Волков В.С., Мельников Н.В.</i>	331
Сравнительный анализ влияния различных видов обезболивания при операциях кесарево сечение на состояние новорожденных <i>Мокрая М.А., Жвалева Т.А., Лизун Е.С.</i>	332
Терминологически устойчивые выражения и метафоры в профессиональной лексике медицинских работников <i>Москаль А.А.</i>	333
Особенности иммунного статуса у пациентов с розацеа <i>Музыченко А.П.</i>	334
Применение χ^2 -критерия пирсона для анализа диагностики злокачественных опухолей <i>Мулярчик М.И.</i>	335
Микробиологическая оценка глауконитов Пальмникенского месторождения (г. Янтарный) <i>Мухина Е.М., Моисеева Е. В.</i>	336
Особенности кровотока в средних мозговых артериях у детей, родившихся от матерей с фето-плацентарной недостаточностью <i>Мышкин С.В., Мышкина Т.В., Александрович А.С.</i>	337
Субъективная оценка состояния здоровья и обращаемость за медицинской помощью студентов Гродненского государственного медицинского университета <i>Мышкина Т.В., Мышкин С.В.</i>	338
Газовый состав и кислотно-основное состояние крови из сосудов пуповины новорождённых детей <i>Мышкина Т.В., Мышкин С.В., Александрович А.С.</i>	339
Изучение зрительных функций и внутриглазного давления до и после непроникающей глубокой склерэктомии при первичной открытоугольной глаукоме <i>Назарук Н.Н., Тарнопович Р.А.</i>	340
Особенности организации медицинской помощи военнослужащим в Республике Дагестан в ходе проведения контртеррористической операции в 1999 году <i>Неверко К.Н., Дрокина А.А.</i>	341
Ультразвуковое исследование в оценке течения раневого процесса при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей <i>Недвецкая А.С., Ткач А.А., Галабурда О.Ю.</i>	342
Микробиоценоз кишечника при острой свинцовой интоксикации <i>Николаева И.В.</i>	343
Первично-множественные злокачественные опухоли с локализацией в гортани <i>Новицкая Н.С., Соломонова Т.В.</i>	344
Динамика содержания тирозина и триптофана в сыворотке крови пациентов с экземой при стандартной терапии <i>Новоселецкая А.И.</i>	345
Некоторые биохимические показатели крови при сравнительной оценке биосовместимости различных материалов для оксикюлопластики <i>Новоселецкий В.А.</i>	346

Анализ результатов применения алгоритма тактики и лечения острого деструктивного панкреатита <i>Обуховская Н. С.</i>	347
Радикальное хирургическое лечение острого тромбоза <i>Обуховская Н.С.</i>	348
Характеристика нефротоксического синдрома при острых кишечных инфекциях у детей <i>Омельчук О.С., Стецкая Н.А., Лелюкевич И.М.</i>	349
Сравнительная характеристика названий болезней в области эндокринологии в русском и английском языках <i>Ордаш Е.С.</i>	350
Характеристика поглотительно-адсорбционных свойств перевязочных материалов <i>Ославский А.И., Мелько Н.И., Лисовский П.Ч.</i>	351
Синонимия медицинских терминов в немецком языке <i>Ошмян С.В.</i>	351
Влияние различных методов терапии хронической плацентарной недостаточности на массо-ростовые показатели новорожденных <i>Павловская М.А.</i>	352
Современные представления о синдроме задержки внутриутробного развития плода <i>Павловская М.А.</i>	353
Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей <i>Павловская М.А.</i>	354
Влияние аминокислотной композиции триаг на уровень серосодержащих аминокислот в лимфоцитах <i>Павлюковец А.Ю., Дорошенко Е.М.</i>	355
Влияние аминокислот аргинин, триптофан и таурин на фагоцитарную активность нейтрофилов <i>in vitro</i> <i>Павлюковец А.Ю.</i>	356
Особенности перенесенной беременности и родов <i>Павлюковец И.А.</i>	357
Применение программы Electronics Workbench для виртуального лабораторного практикума по медицинской электронике <i>Панасюк Е.Г., Лагода А.А.</i>	358
Состояние сетчатки у больных диабетической ретинопатией после лазерохирургического лечения <i>Парамонова Р.В.</i>	359
IV Интернет-олимпиада в год юбилея Антона Павловича Чехова <i>Парфёнова Е.</i>	360
Провоцирующие факторы развития бронхиальной астмы у детей в раннем возрасте <i>Парханович В.В.</i>	361
Причины госпитализации детей в хирургическое отделение больницы скорой помощи <i>Парханович В.В.</i>	362
Количественные и морфологические показатели децидуальных клеток плаценты крыс с экспериментальным холестазом <i>Патриляк К.С.</i>	363
Анализ уровня интерферона-гамма у больных туберкулезом легких при лечении циклофероном <i>Пигалкова Л.Г.</i>	364
Роль квантиферонового теста в диагностике инфицирования <i>m.tuberculosis</i> детей и подростков, состоящих на учёте у фтизиатра <i>Пигалкова Л.Г.</i>	365
Трудности клинической диагностики абдоминального туберкулеза <i>Пигалкова Л.Г.</i>	367

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности медицинских работников поликлиник г. Гродно, по данным обращаемости <i>Пилецкая Е.И., Шупенич В.Н.</i>	368
Клинико-анамнестические особенности коклюша у детей в современных условиях <i>Пилецкая Е.И.</i>	369
Опухоли стромы полового тяжа при беременности <i>Пипко Т.В., Листванович Е.В.</i>	370
Белки слезной жидкости: в норме и при ношении контактных линз <i>Плавская О.К., Курбат М.Н.</i>	371
Лечение врожденной атрезии наружного слухового прохода <i>Плавский Д.М., Рандаревич А.В.</i>	372
Клинико-экспериментальное исследование применения хрящевых пластин при тимпанопластике <i>Плавский Д.М.</i>	372
Структура заболеваемости и динамика результатов лечения больных с гнойно- некротическими поражениями стопы в общехирургическом стационаре <i>Побылец А.М., Омельченко С.Г.</i>	373
Реконструктивный остеосинтез в лечении пациентов с нестабильными переломами шейки бедренной кости <i>Побылец А.М., Карев Б.Д., Серединская Е.В.</i>	374
Эндоваскулярные методы лечения атеросклеротических поражений аорты и периферических артерий <i>Подгайский С.В., Яковук А.В.</i>	375
Об оценке уровня адаптационных ресурсов организма курсантов в условиях военно- профессиональной деятельности <i>Полуян И.А.</i>	376
Влияние аргинина на фагоцитарную активность нейтрофилов крови в тестах <i>in vitro</i> в период обострения хронической обструктивной болезни легких <i>Поплавская Э.Э.</i>	377
Ценности семейного воспитания студентов ВУЗа <i>Попова Е.Л.</i>	379
Состояние костной ткани у детей с бронхиальной астмой, медуллобластомой в сравнении со здоровыми сверстниками <i>Почкайло А.С., Карась О.В.</i>	380
Некоторые аспекты ценообразования <i>Поясов С.С.</i>	381
Личностные особенности больных с синдромом алкогольной и наркотической зависимости <i>Припутневич И.П.</i>	382
Основные антропометрические характеристики физического развития юношей г. Гродно в динамике <i>Приходько Е.С., Ярмолик А.В., Вильчинская Л.П.</i>	383
Глутатион-сберегающие эффекты препарата «сибитацин» при прерывистой алкогольной интоксикации <i>Прихожий А.В.</i>	383
Связь среднего балла с успешностью сдачи зачета <i>Проданец Ю.В.</i>	384
Влияние ксенобиотиков на канцерогенез <i>Прохорова Л.И.</i>	385
Восстановление лечебной сети Россонского района после его освобождения от немецко-фашистских захватчиков <i>Пуртов А.В.</i>	386
Тромбоцитарные индексы у пациентов с нарушениями ритма сердца <i>Пучинская М.В.</i>	387

Экспрессия рецепторов эстрогенов и пролиферативная активность в раке простаты <i>Пучинская М.В.</i>	388
Функциональное состояние сосудов у больных ИБС в постинфарктном периоде <i>Пырошкин А.В., Ершова Ю.П.</i>	389
Асбест и его влияние на организм человека <i>Радкевич А.Е.</i>	390
Кататравма: особенности травмотогенеза, исходы <i>Радковец И.В.</i>	391
Уровни биогенных аминов и свободных аминокислот в среднем мозге крыс при коррекции свинцовой интоксикации <i>Радненко К.В.</i>	392
Аntenатальная диагностика и постнатальное лечение детей с врожденными обструктивными уropатиями <i>Ракевич М.В., Сыроватко М.М.</i>	393
Торакоскопическая санация плевральной полости в лечении бактериальной деструкции лёгких у детей <i>Рандаревич А.В.</i>	394
Терминологическое сочетание в подязыке медицины <i>Рахманова М.Б.</i>	395
Биогенные амины в стриатуме крыс при свинцовой интоксикации и коррекции совместным введением таурина и сульфата цинка <i>Рипинская О.В.</i>	396
Распространенность факторов риска болезней органов пищеварения среди студентов <i>Розумец О.М., Дементюк Ю.В.</i>	397
Особенности эпидемиологии и клиники сальмонеллеза у взрослых <i>Рудик О.С., Невдах О.М.</i>	398
Анализ биохимических показателей у больных хронической почечной недостаточностью <i>Рудская Е.В., Курбат М.Н.</i>	399
Электронная медицинская карта <i>Рукан Т.Н.</i>	400
Развитие сети медицинских учреждений на Молодечненщине за период 1939-1955 годов <i>Русак А.Е.</i>	401
Состояние обоняния после риносептопластики <i>Русакова А.И., Шелест Л.А.</i>	402
Значение компьютерной томографии в дифференциальной диагностике плеврального содержимого <i>Русецкая М.О.</i>	403
Влияние фотодинамической терапии на некоторые биохимические показатели крови лабораторных животных при экспериментальном перитоните <i>Русин В.И.</i>	404
Влияние гептрала и лактулозы на проявления печеночной энцефалопатии у больных хроническими заболеваниями печени <i>Русина Е.И., Шумель А.В.</i>	405
Диагностика и лечение развивающейся дисплазии тазобедренного сустава у детей до 1 года <i>Руц И.А., Глаз О.В.</i>	406
Фразеологизмы с компонентом-зоонимом в современной медицинской терминологии <i>Рыхлицкая А.В.</i>	407
Динамика концентраций пуриновых метаболитов после нагрузочного теста с метионином <i>Савош И.А., Акстилович Н.М.</i>	408

Клинико-анатомическая характеристика злокачественных новообразований прямой кишки	
<i>Савош И.А.</i>	409
Пластика вентральных грыж с применением синтетических имплантатов	
<i>Савош И.А.</i>	410
Терминология современной косметологии	
<i>Савчук М.А.</i>	411
Исследование факторов риска артериальной гипертензии	
<i>Садохина Л.В., Талиш В.Н., Скоробогатова О.В.</i>	412
Некоторые медицинские рекомендации, взгляды и мнения писателя и врача А.П. Чехова (по письмам писателя)	
<i>Садыкова Д.</i>	413
Морфологическая характеристика экспериментального цирроза печени	
<i>Сак Е.Н.</i>	414
Префиксация как способ образования анатомических терминов	
<i>Сакович Ю.Р.</i>	415
Морфологическая оценка эффективности укрепления зоны толстокишечного анастомоза губкой «тахокомб»	
<i>Салмин Р.М., Гайдук А.В.</i>	416
Сравнительная характеристика иммунного ответа после защиты зоны толстокишечного анастомоза губкой «тахокомб»	
<i>Салмин Р.М., Гайдук А.В.</i>	417
Лечение протяженных стриктур передней уретры у мужчин методом расширительной пластики пенильным кожно-фасциальным лоскутом	
<i>Салмин И.М.</i>	418
Классификация эктопий сердца	
<i>Сегодник В.В.</i>	419
Анализ инвалидности в связи с сосудистой деменцией в Гродненской области Республики Беларусь	
<i>Семенчук Ю.В., Дудук С.Л.</i>	420
Личностные характеристики женщин, страдающих сахарным диабетом первого типа, в зависимости от типа телосложения	
<i>Семутенко В.О., Алексеюк М.В., Сенько В.И.</i>	421
Анализ внедрения расширенного ультразвукового внутрибольничного скрининга беременных во втором и третьем триместрах	
<i>Сенько И.В.</i>	422
Случай аномальной топографии передней межжелудочковой артерии	
<i>Сергей О.А.</i>	423
Состояние эндотелий зависимой вазодилатации у детей с эрозивно-язвенными поражениями слизистой гастродуоденальной зоны	
<i>Сергей О.А., Юрча С.А.</i>	424
Проблемы диагностики и профилактики врожденной ВИЧ-инфекции	
<i>Сергиенко Е.И.</i>	425
Влияние положительных и отрицательных свойств личности на вегетативный тонус сердечно-сосудистой системы	
<i>Середа А.И., Кипцевич Ю.В.</i>	426
Варианты хирургического лечения пациентов с вертельными переломами бедренной кости	
<i>Серединская Е.В., Побылещ А.М., Карев Б.Д.</i>	427
Определение качества питьевой воды в шахтных колодцах д. Домоткановичи Клецкого района	
<i>Сидор Е.С.</i>	428
УЗ диагностика канальцевых паховых грыж	
<i>Сидор Е.П.</i>	429

К вопросу об оперативности серологической диагностики клещевого энцефалита <i>Сикерич Т.В., Дервис А.И., Касюк И.А., Спирина О.В., Гончарова К.О.</i>	430
Сонографические закономерности цветного доплеровского картирования при различных заболеваниях органов брюшной полости <i>Ситкевич А. Л.</i>	431
Дивертикул Меккеля <i>Слуцкая Е.И., Анисеня Ю.М.</i>	431
Нейтропении у детей <i>Сметюх Н.И., Кохна Г.В.</i>	432
Влияние антител против антигенов головного мозга плода на развитие пирамидных нейронов пятого слоя коры головного мозга крысят <i>Смоляк Е.С.</i>	433
Диагностика и лечение повреждений печени <i>Смотрин И.С., Рум Е.Т.</i>	434
Этиология и лечение кишечных свищей <i>Смотрин И.С., Стельмах Э. В.</i>	435
Достоверность ультразвуковой диагностики полипов желчного пузыря <i>Сопотько А.А., Заневская Е.С.</i>	436
Активность глюкозо-6-фосфатазы в печени крыс при различных вариантах хронической алкогольной интоксикации <i>Софищенко М.В.</i>	437
Применение метода ультрафильтрации на биологических мембранах для получения альбумина <i>Сошко В.В., Курбат М.Н.</i>	438
Прямые продажи как составная часть маркетинговых коммуникаций <i>Сошко В.В.</i>	439
Состояние гистогематического барьера больных с алкогольной зависимостью <i>Станько Д.Э., Староверов А.С., Кравчук К.О., Дайнович В.А.</i>	440
Некоторые социальные и клинические особенности больных с алкогольной зависимостью <i>Станько Д.Э., Староверов А.С.</i>	441
Влияние хронотипа, тревожности и качества сна на артериальное давление у девушек <i>Старанович А.П., Лозовская Э.А.</i>	442
Связь тяжести течения псориаза и социальной активности пациентов <i>Стацкевич И.И.</i>	443
Ультразвуковой скрининг врождённых пороков развития на базе Гродненского областного перинатального центра <i>Стельмашиук А.С., Ковальчук К.В.</i>	444
Анализ факторов, влияющих на вес и рост новорождённых <i>Степанян И.А., Маташенко О.О.</i>	445
Лечебно-эвакуационная тактика при легких огнестрельных ранениях в Афганистане <i>Стецко С.Ю.</i>	446
Опыт оказания медицинской помощи инфекционным больным в Афганистане <i>Субботка А.В.</i>	447
Анализ результатов лечения травм органов брюшной полости у детей <i>Сурба А.Г., Азаров Е.Ю.</i>	448
Сравнение результатов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей методом ЭВЛК с другими хирургическими методами лечения <i>Сурба А.Г.</i>	449
Ведение часто болеющих детей в амбулаторных условиях <i>Сыроватко М.М., Новикова Е.О., Качан П.В.</i>	450
Вирусные диареи у детей: особенности клинического течения <i>Талатай Е.Г.</i>	451

Распространенность артериальной гипертензии в трудовых коллективах <i>Талиш В.Н., Садохина Л.В., Скоробогатова О.В.</i>	452
Морфологические свойства клеток Кащенко-Гофбауэра плаценты крыс при экспериментальном холестазе <i>Тарасенко О.А.</i>	453
Анализ случаев смерти от механической асфиксии (при повешении и удушении петлей) по Гродненской области за 2008–2010 гг. <i>Телкова М. И.</i>	454
Динамика профессиональных ориентаций студентов-медиков (на примере ГрГМУ) <i>Терешко Н.Н.</i>	454
Словообразование имён существительных в немецком языке (на материале медицинской терминологии) <i>Ткач М.В.</i>	456
Оценка качества жизни пациентов с экземой при помощи опросника Скиндекс-29 <i>Троско В.И., Рыбина Л.С.</i>	456
Особенности хирургической коррекции обструктивных уropатий у детей <i>Троцкий М.В., Парханович В.В.</i>	457
Лечение гемофилии у детей и подростков в условиях стационара <i>Тулько А.В., Ермак С.Ю.</i>	458
Декомпрессивно-стабилизирующие операции при травматических повреждениях позвоночника в грудном и поясничном отделах <i>Тюрин Е.О., Заневский А.Л.</i>	459
Иммуногистохимическое исследование экспрессии c-erbB-2 онкопротеина при серозных опухолях яичников <i>Усов В.В., Жуковский Ю.В., Юлич С.А.</i>	460
Рассовые вариации анатомии зубов <i>Ушак Л.А.</i>	461
Травматические повреждения голеностопного сустава <i>Федорук А.М., Лешкевич В.М.</i>	462
Самооценка психического и физического здоровья женщин-педагогов 45-60 лет на фоне представительниц других профессий <i>Филидович Е.А.</i>	463
Роль низкомолекулярных гепаринов в профилактике тромбоэмболий легочной артерии у хирургических больных <i>Филинович А.В., Чурило И.Ю., Домащук В.П.</i>	464
Циррозы печени, осложненные пищеводно-желудочным кровотечением, и их лечение <i>Францкевич Е.А., Близина О.И., Поносевиц О.А.</i>	465
Способы выражения модальности при переводе аннотаций к лекарственным препаратам с английского языка на русский <i>Фурман Е.Ю.</i>	466
Метафорические переносы в подязыке медицины <i>Халныязова Ш.</i>	467
Оценка мотивации профессиональной деятельности среди студентов <i>Харевич Н.Р., Данилова Е.А., Казанович Е.С.</i>	468
Свободнорадикальные процессы при злокачественных новообразованиях <i>Хлистовский А.М., Рогачевский А.А., Сайко М.И., Курбат М.Н.</i>	469
Риск падений у пожилых жителей г. Гродно <i>Хомбак М.С.</i>	470
Отношение студентов Гродненского государственного медицинского университета к семейной жизни <i>Хомич А.М., Балбатун Е.Я.</i>	471

Отношение к здоровому образу жизни студента-первокурсника Гродненского медуниверситета <i>Хонякова Т.В.</i>	472
Предоперационное внутривенное лазерное облучение крови у больных раком молочной железы <i>Хоров А.О., Угляница Н.К., Гриб А.К., Гаврон Д.В.</i>	473
Сочетанное применение неоадьювантной полихимиотерапии и внутривенного лазерного облучения крови при комплексном лечении больных раком молочной железы <i>Хоров А.О., Гриб А.К., Якубцевич Р.Э.</i>	474
Некоторые психопатологические особенности наркозависимых <i>Храмченко Н.Д.</i>	475
Дисплазия соединительной ткани у женщин и исходы родов <i>Храмченко Н.Д.</i>	476
Клинико-анатомический анализ рака тела матки по данным патологоанатомических вскрытий <i>Храмченко Н. Д., Голикова О. О., Якукевич В. Б.</i>	477
Недифференцированная дисплазия соединительной ткани у детей с бронхиальной астмой <i>Худовцова А.В., Шепелевич А.М.</i>	478
Влияние неблагоприятных факторов на развитие врожденной пневмонии и заболеваемость у детей <i>Цырибко М.В.</i>	479
Влияние неблагоприятных факторов окружающей среды на функцию внешнего дыхания у детей <i>Цырибко М.В.</i>	480
Сравнительная характеристика распространенности аллергических симптомов у детей, в зависимости от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды <i>Цырибко М.В.</i>	481
Синдром Меллори-Вейса в структуре острых кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта <i>Чернышев Т.М., Самуйлик И.М.</i>	482
Цитохимические особенности ворсинок двенадцатиперстной кишки 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза <i>Чернышевич Ю.Н.</i>	483
Структурные изменения в ворсинках двенадцатиперстной кишки 15-суточного потомства, родившегося в условиях холестаза <i>Чернышевич Ю.Н., Киселёва И.А.</i>	484
Тазовые боли у женщин репродуктивного возраста <i>Черняк А.С., Жандарова А.К., Кучук Д.О.</i>	485
Специфика неологизмов в англоязычных медицинских текстах <i>Чесновская Е.Г.</i>	486
Изменение морфометрии сосудов и периваскулярного отека тканей головного мозга крыс при моделировании острых нарушений мозгового кровообращения <i>Чубукова Т.Н.</i>	486
Частота встречаемости кожных заболеваний в открытом акционерном обществе «Гродно-Азот» <i>Чувак Н.М., Веремчук И.Г.</i>	488
Магнитно-резонансная томография в диагностике генитального пролапса и стрессового недержания мочи у женщин <i>Чугай А.А., Буйкевич Е.В.</i>	489
Применение медицинских сорбентов в хирургии <i>Чумичёва М.В., Ославский А.И.</i>	490

Национально-освободительное движение на Гродненщине в конце XIX века <i>Шабутдинов С. Р.</i>	491
Социо-биологические основы Интернет-зависимости <i>Шайтарова Е.В., Гутько К.С., Курбат М.Н.</i>	492
Особенности течения внегоспитальных пневмоний, развившихся в эпидемию гриппа <i>Шайтарова Е.В., Гутько К.С.</i>	493
Этический аспект исследования феномена одиночества <i>Шафаревич И.О.</i>	494
Морфологический и структурно-лексический анализ латинских анатомических наименований мышц <i>Шейбак Л.В.</i>	495
Современные подходы в понимании роли эмоционального интеллекта в социальной дезадаптации пациентов с шизофренией <i>Шемет В.А.</i>	495
Показатели обмена серотонина в сыворотке пуповинной крови у доношенных новорожденных детей с синдромом нарушенной адаптации <i>Шерешик Т.С.</i>	496
Асклепий и его вклад в становление медицины <i>Шерешовец А.Г.</i>	497
Влияние электромагнитного излучения сотовой связи на организм человека <i>Шерешовец А. Г.</i>	498
Влияние электромагнитного излучения ноутбука на организм человека <i>Шерешовец А.Г.</i>	499
Диагностика уровня сформированности эвристических качеств личности студента-первокурсника <i>Шерешовец А.Г.</i>	500
Распространённость потребления психоактивных веществ среди студентов высших учебных заведений города Гродно <i>Шерешовец А.Г., Олехнович П.В.</i>	501
Медицинские опыты нацистов на цыганах <i>Шерешовец А.Г.</i>	502
Фашизм как феномен XX века <i>Шерешовец А.Г., Пресс Э.Б.</i>	503
Иозеф Менгеле – «ангел смерти» <i>Шерешовец А.Г.</i>	504
Фашистские лагеря смерти – фабрики по уничтожению людей <i>Шерешовец А.Г.</i>	505
Проблема формирования ноосферного мировоззрения <i>Шерешовец А.Г.</i>	506
Экологическая проблема загрязнения продуктов питания ксенобиотиками <i>Шерешовец А.Г.</i>	507
Этические аспекты вспомогательных репродуктивных технологий: суррогатное материнство <i>Шерешовец А.Г.</i>	508
Перфоративные язвы желудка и 12-перстной кишки и их лечение <i>Шиммель О. Ч., Хилимончик О. Н., Атонович О.А.</i>	509
Течение беременности и родов у женщин с нарушениями сердечного ритма и проводимости <i>Шкуратова Ю.Ю.</i>	510
Инновационный подход к применению лазеров в медицине: механизмы лазерной биостимуляции <i>Шкута А.А.</i>	511

Частота и морфологические особенности полипов толстого кишечника, по данным биопсийного материала <i>Штабинская Т.Т.</i>	513
Склонность к развитию нервной анорексии у студенток <i>Шульга Е.В., Кулагина М.Е.</i>	514
Прогностическое значение гиперэкспрессии c-erbB-2 онкопротеина при раке яичников <i>Шульга А.В., Андреева О.В.</i>	515
Прогностическое значение исследования степени экспрессии p53 при овариальной карциноме <i>Шульга А.В., Усов В.В.</i>	516
Американский медицинский сленг как способ общения в медицинской сфере деятельности <i>Яблонская О.Ю.</i>	517
Гестационный сахарный диабет: течение беременности и родов <i>Яворская О.А., Савко А.В., Ганчар Е.П.</i>	518
Трассовое детектирование некоторых атмосферных газов <i>Яковлева О.Г.</i>	519
Морфологические изменения структуры семенных канальцев самцов крыс под влиянием бактериального липополисахарида <i>E. coli</i> <i>Якубовский А.П.</i>	520
Особенности водоснабжения войск в полевых условиях <i>Янушевич Н.А., Дорофей С.Г., Гресь С.В.</i>	521
Оптическое загрязнение г. Гродно и пути его устранения <i>Ярмолик А.В., Приходько Е.С.</i>	522
Гигиеническая оценка основных параметров микроклимата помещений вуза <i>Яровая А.Г., Занько Е.А.</i>	523
Визуализация и исследование функций нескольких переменных <i>Ясюк А.А.</i>	524
Метафоризация как способ терминообразования (на материале английской терминологии черепно-челюстно-лицевой хирургии и стоматологии) <i>Яцевич А.А.</i>	525

Научное издание

**МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ,
ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
М. П. ШЕЙБАКА**

14-15 апреля 2011 г.

Отв. редактор В.А.Снежицкий

Ответственный за выпуск В.В.Зинчук

Компьютерная верстка А.В.Яроцкая
Корректор Л.С.Засельская

Подписано в печать 14.04.2011. Формат 60х84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Ризография.

Усл. печ. л. 32,1. Уч.-изд. л. 45,8. Тираж 70 экз. Заказ 56.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.