Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»

3-4 октября 2013 г.

Часть I

Гродно
ГрГМУ
2013

Репозиторий ГрГМУ

УДК 61:005.745(06)
ББК 5л0
А43

Рекомендовано Редакционно-издательским советом УО «ГрГМУ» (протокол № 10 от 10.09.2013)

Редакционная коллегия: ректор, проф. В.А. Снежицкий (отв. редактор);
проректор по научной работе, проф. В.В. Зинчук;
первый проректор, доц. В.В. Воробьев;
заведующий НИЧ, доц. М.Н. Курбат.

Рецензенты: проф., д-р мед. наук Н.И. Батвинков;
проф., д-р мед. наук П.В. Гарелик;
проф., д-р биол. наук С.М. Зиматкин;
проф., д-р мед. наук В.В. Лелевич;
проф., д-р мед. наук М.А. Лис;
проф., д-р мед. наук Н.А. Нечипоренко;
проф., д-р мед. наук Н.С. Парамонова;
проф., д-р мед. наук В.М. Пырочкин;
проф., д-р мед. наук В.М. Цыркунов;
доц., канд. мед. наук М.А. Ассанович;
доц., д-р мед. наук Л.В. Гутикова;
доц., канд. филол. наук Л.Н. Гущина;
доц., д-р мед. наук С.Д. Кулеш;
доц., д-р мед. наук В.В. Лашковский;
доц., д-р. мед. наук Н.А. Максимович;
доц., д-р мед. наук И.А. Наумов;
доц., канд. ист. наук С.А. Ситкевич;
доц., канд. мед. наук В.И. Шишко.

Актуальные проблемы медицины : материалы научно-практической
А43 конференции, посвященной 55-летию учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» (3-4 октября 2013 г.) : в 2-х ч. / Отв. редактор В.А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2013. – Ч. 1. – 456 с.
ISBN 978-985-558-266-4.
ISBN 978-985-558-267-1 (общий).

В сборнике статей представлены работы, посвященные актуальным проблемам медицины по следующим направлениям: акушерство и гинекология, инфекционные болезни, неврология и психиатрия, педиатрия и неонатология, терапия, хирургия, экспериментальная медицина и морфология, организации здравоохранения и высшего медицинского образования.

Информация будет полезна широкому кругу научных сотрудников и работников практического здравоохранения.

УДК 61:005.745(06)
ББК 5л0

ISBN 978-985-558-266-4
ISBN 978-985-558-267-1 (общий)

© УО «ГрГМУ», 2013

Репозиторий ГрГМУ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОФИЛИЕЙ

Авдей Г.М., Чайковская О.П., Василевская Н.Ф.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гемофилия – тяжелое наследственное генетическое заболевание крови, которое вызвано врожденным отсутствием факторов свертывания крови YII (гемофилия А), IX (гемофилия В), XI (гемофилия С) [3, 4]. Обычно болезнью страдают мужчины (наследование, сцепленное с полом), женщины же обычно выступают как носительницы гемофилии и могут родить больных сыновей или дочерей-носительниц. Женщины болеют гемофилией с вероятностью в 50% в случае, если отец девочки страдает гемофилией, а мать является носительницей. Частота встречаемости гемофилии А составляет 1:10000 мужчин, а гемофилии В – 1:25000 – 1:55000. Ведущими симптомами гемофилии А и В являются: повышенная кровоточивость с первых месяцев жизни; подкожные, межмышечные, субфасциальные, забрюшинные гематомы, обусловленные ушибами, порезами, различными хирургическими вмешательствами; гематурия; обильные посттравматические кровотечения; гемартрозы крупных суставов с вторичными воспалительными изменениями, которые приводят к формированию контрактур и анкилозов. Кровоизлияния в жизненно важные органы могут привести к смерти больного, а частые кровоизлияния в суставы приводят к их необратимым разрушениям и ранней инвалидности [4]. Поэтому немаловажное значение имеют психологические моменты со стороны больного в борьбе не только с кровотечениями, но с болью. Поведение больного при возникновении болевого синдрома может не соответствовать истинной силе раздражителя, его вызвавшего, а определяется субъективной реакцией, которая является одной из составляющих психологического портрета пациента. При этом формируется ложное представление об интенсивности геморрагии. Психологический статус больных гемофилией имеет существенное значение при разработке тактики комплексного лечения геморрагических осложнений и составлении индивидуальных лечебных программ [1].

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования - определить психоэмоциональное состояние и качество жизни больных с гемофилией с последующей коррекцией их лечебных программ.

Материал и методы исследования. Обследовано 10 больных с гемофилией (5 человек с гемофилией А и 5 человек с гемофилией В) в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст составил 37,4±5,35 лет). У всех больных на гемостазиограммах имели место низкие показатели активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени, фибриногена, пониженный уровень факторов (YIII или IX) в крови. Наиболее частой жалобой пациентов были боли в коленных и голеностопных суставах (гемофилическая полиартропатия) (2 пациента), в локтевых суставах (гемартроз локтевого сустава) (2 пациента). У 1 пациента отмечалось кровоизлияние в левый глаз. Остальные больные имели внутренний геморрой (1 пациент), спонтанную гематому правой паховой области (1 больной), перидонтит (1 пациент). Для подготовительной терапии с целью экстракции зуба госпитализировано 2 человека с гемофилией.

Всем пациентам проведено исследование психоэмоционального состояния и качества жизни. Использованы шкала астенического состояния (Л.Д. Малковой – Т.Г. Чертовой), экспресс-диагностика личностной склонности к сниженному настроению (В.В. Бойко) и неуправляемой эмоциональной возбудимости (В.В. Бойко), шкала определения уровня депрессии (Т.И. Балашова), экспресс – диагностика склонности к немотивированной тревожности (В.В. Бойко), русская версия Medical Outcomes Study Schort Form (SF-36) [2].

Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. У всех больных с гемофилией отмечены слабая астения (64,7±5,15 баллов), склонность к тревожности (5,6±1,17 баллов), импульсивности (6,4±0,59 баллов) с заметной тенденцией к сниженному настроению (5,6±0,84 балла), но без депрессивных проявлений (44,2±6,05 баллов). Анализируя показатели качества жизни больных с гемофилией выявлены невысокая физическая активность пациентов, ограниченная состоянием их здоровья (53,0±9,87 баллов) и

Репозиторий ГрГМУ

влияющая на их повседневную ролевую деятельность (155,0±29,26 баллов). Низкие параметры шкалы боли (43,6±7,70 баллов) указывали на влияние степени и силы болевых ощущений на двигательную активность пациентов. Соответственно, и общее состояние таких больных было невысоким (47,9±4,81 балл), хотя их жизненная активность была достаточна (60,5±3,98 баллов). Низкие баллы социального функционирования указывали на значительное ограничение социальных контактов, снижение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния (36,2±6,82 балла). Импульсивность больных гемофилией несколько ограничивала их в выполнении повседневной работы (200,0±38,29 баллов). Психического благополучия у этих пациентов не установлено, показатели психического здоровья были высокими (62,8±2,68 баллов). В целом, у всех больных с гемофилией установлены низкий физический компонент (43,7±3,45 баллов) и высокие параметры психологического компонента (67,8±4,12 баллов) здоровья.

Таким образом, у всех больных с гемофилией имели место психоэмоциональные нарушения и изменения качества жизни в виде низкого физического и высокого психологического компонентов здоровья.

Литература

1. Аверьянов, Е.В. Психологический портрет людей с гемофилией / Е.В. Аверьянов, В.И. Семеняка. - www.hemophilia.com/

2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. - Руководство для врачей. – М: Медкнига, 2004. – 456 с.

3. Гемофилия . – www/ ru. wikipedia.org.

4. Люсов В.А. Гемофилия: современный взгляд на старую болезнь / В.А. Люсов, В.Н. Соболева, Е.О. Таратухин //Consilium-medicum, 2007. - № 9. – С. 34–40.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СЕНСОРНАЯ, АФФЕКТИВНАЯ И КОГНИТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩИЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Авдей Г.М., Чайковская О.П., Василевская Н.Ф.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Множественная миелома (плазмоцитома, миеломная болезнь или болезнь Рустицкого-Калера) (ММ) относится к

Репозиторий ГрГМУ

медленно пролиферирующей опухоли, морфологическим субстратом которой являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин [2, 3].

Пролифирирующие в костном мозге миеломные клетки приводят к разрушению костного вещества [2, 3, 4]. В первую очередь деструктивные процессы развиваются в плоских костях, позвоночнике и своде черепа с развитием оссалгического синдрома. Боль, опухоли, переломы – классическая триада Калера. Боли в костях отмечаются почти у 70% больных [2, 4]. Наряду с болевым синдромом в позвоночнике у этих больных встречаются положительные симптомы натяжения в сочетании с чувствительными нарушениями, эпизодическое недержание мочи, преходящая дисциркуляторная ишемическая миелопатия [3]. У ряда пациентов, получавших лечение по поводу ММ, рано проявлялись симптомы дисфункции вегетативной нервной системы, пирамидные и мозжечковые нарушения, нарушения вазомоторной реактивности и ауторегуляции мозгового кровотока, системные нарушения микроциркуляции [5]. Данные изменения в сочетании с комбинированной химиотерапией могут способствовать развитию метаболической энцефалопатии, когнитивным нарушениям [2, 5].

Цель исследования - оценить сенсорные, аффективные, когнитивные составляющие болевых ощущений и качество жизни пациентов с ММ.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) с ММ в возрасте от 40 до 65 лет (средний возраст 49,0±3,15) с выраженным болевым синдромом в костях, позвоночнике.

Интенсивность болевого синдрома и жизнедеятельность больных (сенсорную составляющую болевых ощущений) оценивали по краткому болевому опроснику; количественное измерение болевого ощущения проводили по болевому опроснику Мак-Гилла; психоэмоциональное состояние (аффективные составляющие боли) – по шкалам депрессии Бека и ситуативной и личностной тревоги Спилберга-Ханина; когнитивные составляющие болевого ощущения – по опроснику стратегии преодоления хронической боли; качество жизни с помощью русской версии опросника SF-36 (Medical Outcomes

Репозиторий ГрГМУ

Study Schort Form) [1]. Полученные показатели фиксировали как в общей группе больных с ММ, так и в зависимости от пола у мужчин и женщин. Результаты обрабатывали статистически, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. У всех больных с ММ установлена высокая интенсивность болевого синдрома. При этом уровень максимальной и минимальной боли у мужчин был выше, чем у женщин: соответственно на 16% и 49% ($p<0,05$, $p<0,05$), хотя ранговый индекс боли (РИБ) преобладал у лиц женского пола ($p<0,05$). Боль нарушала жизнедеятельность пациентов. Выявлена их низкая общая активность, способность к передвижению, работоспособность, профессиональная деятельность. Отмечено угнетение настроения и негативное отношение к другим людям.

У мужчин установлены умеренные депрессивные расстройства, личностная и ситуативная тревожность, а у лиц женского пола имели место выраженная тревога ($p<0,05$, $p<0,05$) и депрессия ($p<0,05$).

Анализ когнитивных составляющих болевого ощущения установил высокие значения баллов по защите и отдыху, что указывало на более частое использование больными вспомогательных методов и средств при смене положения тела, щадящее хождение, старание избегать переноса тела на больную ногу, прихрамывание при ходьбе, ограничение времени пребывания в положении стоя и избегание отдельных видов физической активности таких как поднимание, перемещение, ношение предметов. Оценка «ориентированных на здоровье» адаптивных стратегий (релаксация, самоутверждение, сохранение активности и выполнение упражнений) показала, что пациенты, особенно женщины, не пытались выполнять упражнения, не были сосредоточены на расслаблении мышц ($p<0,05$, $p<0,05$), их активность была низкой. Эти пациенты постоянно говорили себе, что все улучшится, думали о хорошем, вспоминали приятные события, хороших друзей, обращались за поддержкой и ее получали со стороны членов семьи, близких родственников, друзей.

Физическая активность больных с ММ в повседневной жизни была низкой, а качественные физические возможности

Репозиторий ГрГМУ

преобладали у женщин (p<0,05). У всех больных отмечена низкая оценка состояния своего здоровья. Жизненная и социальная активность были выше и лучше у мужчин, чем у женщин (p<0,05, p<0,05). Достоверно высокий уровень баллов по ролевому функционированию, обусловленному эмоциональным состоянием у лиц женского пола (p<0,05), указывал на больший объем работ, меньшие затраты времени женщинами при выполнении работы или другой повседневной деятельности. В целом, у всех больных с ММ отмечены низкий физический уровень и достаточно высокие показатели психологических компонентов здоровья с преобладанием у мужчин (p<0,05).

Таким образом, у всех больных с ММ установлены высокая интенсивность болевого синдрома и низкая жизнедеятельность, рост «ориентированных на болезнь» стратегий преодоления хронической боли и уменьшение «ориентированных на здоровье» адаптивных стратегий, депрессивные и тревожные расстройства, низкий физический и высокий психологический компоненты здоровья, составляющие качество жизни.

Литература

1. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. - Руководство для врачей. – М: Медкнига, 2004. – 456 с.

2. Бессмельцев, С.С. Множественная миелома / С.С. Бессмельцев, К.М. Абулкадыров. – СПб., 2004. – 306 с.

3. Воробьева, А.И. Руководство по гематологии / А.И. Воробьева. – М., 2002. – т. 2. – 410 с.

4. Егоров, И.В. Атипичные формы миеломной болезни / И.В. Егоров // Медицинский вестник. – 2011. – № 8. – С. 15.–20.

5. Пономарев, В.В. Неврологические нарушения при онкогематологических заболеваниях / В.В. Пономарев, А.В. Жарикова // Медицинские новости, 2011. – № 1. – С. 6–9.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Авдей Г.М., Кулеш С.Д., Оганесян А.А., Лебейко А.И., Авдей С.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Лейкозы (Л) – сборная группа заболеваний крови опухолевой природы, при которых патологический процесс начинается на уровне клеток-предшественников гемопоэза, имеет клоновый характер и проявляется дефектами пролиферации

Репозиторий ГрГМУ

(размножения) и дифференцировки кроветворных элементов разной степени выраженности. По характеру нарушения дифференцировки кроветворных элементов и темпам развития костномозговой недостаточности все Л разделены на две большие группы: острые и хронические [2, 4].

Поражение нервной системы встречается при всех видах Л. [7]. По мнению R.Walker, Л. может поразить нервную систему в любом месте и при любом течении болезни [10]. Поражение центральной нервной системы при Л. (нейролейкемия) обычно носит метастатический характер [8]. При разрушении мягкой мозговой оболочки лейкемические инфильтраты проникают в вещество головного и спинного мозга, а также поражают спинномозговые корешки и периферические нервы [7].

Цель исследования - выявить когнитивные расстройства и провести сравнительный анализ гендерных особенностей этих нарушений у больных с Л с последующей их коррекцией.

Материал и методы исследования. Обследовано 24 больных с Л: 10 человек с острым Л, 14 пациентов с хроническим Л Средний возраст больных составил 47,0±3,25 лет. У всех больных проведено исследование когнитивных функций с использованием экспресс-методики оценки этих функций в баллах [1, 5]. Полученные показатели фиксировали как в общей группе больных с острым и хроническим Л, так и в зависимости от пола у мужчин и женщин. Результаты обрабатывали статистически, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Все обследуемые пациенты жаловались на снижение памяти. Они забывали номера телефонов, по которым регулярно звонили, имена и фамилии знакомых людей, не помнили, что куда положили, с трудом припоминали содержание только что просмотренной передачи, часто отвлекались и все делали очень медленно.

Анализ когнитивных нарушений у больных с заболеванием крови выявил гендерные особенности когнитивных функций у этих пациентов. Лучшие результаты по запоминанию 9 слов и отсроченному их воспроизведению получены у мужчин с острым Л. (соответственно: 1,5±0,16 - у мужчин, 1,0±0,02 – у женщин, $p_3<0,05$, 1,3±0,14 - у мужчин, 0,5±0,09 – у женщин, $p_3<0,05$) и у женщин с хроническим Л (соответственно: 1,5±0,17 – у женщин,

Репозиторий ГрГМУ

1,0±0,02 – у женщин с острым Л, $p_2<0,05$, 1,5±0,17 – у женщин, 1,2±0,17 – у мужчин, $p_4<0,05$). Заучивание 10 слов у всех пациентов было одинаковым. Смысловая организация слухоречевого материала оказалась выше у больных с хроническим Л (0,9±0,10, 0,5±0,15, $p<0,05$), преимущественно у женщин (1,3±0,15 – у женщин, 0,5±0,36 – у женщин с острым Л., $p_2<0,05$, 1,3±0,15 у женщин, 0,6±0,12 – у мужчин, $p_4<0,05$). При оценке зрительно-пространственной деятельности и памяти больных с Л установлен дисбаланс баллов при выполнении рисунка трех геометрических фигур и расстановке стрелок на часах без циферблата: малое количество баллов у женщин с острым Л (соответственно: 0,5±0,19, 0,6±0,02) и мужчин с хроническим Л (соответственно: 0,5±0,14, 0,2±0,04) и большее – у лиц женского пола с хроническим (соответственно: 0,8±0,16, 0,5±0,07) и мужчин с острым Л (соответственно: 0,8±0,17, 0,7±0,01). Серийное вычитание «от 100 по 7», решение арифметической задачи и выбор утверждения, соответствующего смыслу пословицы, правильно и быстро выполняли женщины с хроническим Л (1,2±0,20 у женщин, 0,5±0,30 – у мужчин, $p_4<0,05$, 2,3±1,12 – у женщин, 0,3±0,18 – у женщин, $p_4<0,05$, 0,5±0,18 – у женщин, 0,1±0,01 – у мужчин, $p_4<0,05$) и мужчины с острым Л (соответственно: 0,3±0,07, 0,1±0,03, $p_3<0,05$). На 54% и 64% соответственно больше избирательная актуализация из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, у женщин с хроническим Л, чем у мужчин с хроническим (1,2±0,31, 0,4±0,22, $p_4<0,05$) и женщин с острым Л (1,5±0,29, 0,1±0,01, $p_2<0,05$). Все пациенты, преимущественно мужчины с острым Л, за 1 минуту больше называли больше любых продуктов питания, чем больные женщины с хроническим Л (1,3±0,27, 0,3±0,01, $p_3<0,05$, 1,3±0,27, 0,7±0,25, $p_4<0,05$).

Таким образом, у всех больных с Л установлены когнитивные расстройства и выявлены их гендерные особенности: слухоречевая память, зрительно-пространственная деятельность, вербальное мышление, избирательная актуализация из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, и знаний, упроченных, в т.ч. и в прошлом опыте, лучше у мужчин с острым и женщин с хроническим Л.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Воробьев, А.И. Руководство по гематологии / А.И. Воробьев – М., 1985, т. 1. – 128 с.
2. Заболевания крови: лейкоз – www.ecoteco.ru
3. Корсакова, Н.К. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении / Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. –№ 2. – С. 44–50.
4. Пономарев, В.В. Неврологические нарушения при онкогематологических заболеваниях / В.В. Пономарев, А.В. Жарикова // Медицинские новости. – 2011. – № 1. – С. 6–9.
5. Пономарев, В.В. Редкие неврологические синдромы и болезни / В.В. Пономарев. – СПб, 2005. – 115 с.
6. Walker R.W. Neurologic complications of leukemia / R.W. Walker // Neurol.Clin. – 1991. – V. 9, N 4. – P. 989 – 999.

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В БЕЛАРУСИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ

Азарова И.А., Капитулец С.П., Мишаева Н.П.
ГУ «РНПЦ эпидемиологии и микробиологии», Минск

В последнее время лихорадка Западного Нила (ЛЗН) привлекает к себе самое пристальное внимание мирового сообщества не только потому, что вирус Западного Нила (ВЗН) вызвал крупные вспышки заболеваемости в различных регионах мира (Россия, Румыния, Франция, Италия, США, Канада, Алжир, Тунис, Израиль, Судан). Необычными стали высокая смертность среди заболевших и широта охвата населения. Если раньше инфекция протекала в виде лихорадок, то с 1996 г. отмечаются эпидемии менингитов и энцефалитов. Так, в 1996-2000 гг. вспышки менингитов и энцефалитов, вызванных вирусом ЗН, зарегистрированы в Румынии (Бухарест), Чехии и России (Волгоградская, Астраханская обл. и Краснодарский край). В Румынии заболело 835 человек, 39 из них погибло. В России, в Волгоградской обл., в 1999 г. крупной эпидемии среди людей (739 пострадавших с 40 летальными исходами) предшествовала массовая эпизоотия среди диких и домашних птиц [1, 3, 4]. В России эпидситуация по ЛЗН продолжает оставаться напряженной: циркуляция ВЗН выявлена в 21 регионе России. В 2010-2012 гг. наблюдались очередные крупные вспышки ЛЗН в России, а также в США. Всего в 1999–2012 гг. в РФ зарегистрировано более 1600

Репозиторий ГрГМУ

случаев ЛЗН, в США - более 10 000 [1, 3, 6].

В Беларуси циркуляция вируса ЗН зарегистрирована на всей территории страны. Наличие стойких природных очагов ЛЗН подтверждают многочисленные находки антител у птиц (скворцы, трясогузки, мухоловки, сизоворонки, чибисы, голуби, серые вороны, певчие дрозды, а также домашние куры и индейки), диких и сельскохозяйственных животных (лошади, коровы, овцы), людей; выделение вируса ЗН из крови больногоот птиц, комаров, антигена вируса и смеси вирусов ЗН и КЭ от иксодовых клещей. Наиболее активные природные очаги ЛЗН выявлены в Гомельской и Гродненской обл. Во всех областях (кроме Гродненской) выявлены пациенты с ЛЗН [1, 2, 5]. В Беларуси наблюдается гиподиагностика ЛЗН и инфекция проходит под другими диагнозами (лихорадки, менингиты, энцефалиты неясной этиологии, ОРВИ и др.). Это связано с отсутствием настороженности и информированности врачей в отношении ЛЗН, а также недостаточно отлаженной системой мониторинга циркуляции ВЗН в стране.

ЛЗН отличается разнообразием клинических проявлений. Человек заражается через укус зараженных комаров или клещей. Инкубационный период составляет 2-8 дней. Заболевание начинается остро: повышение температуры до 38-40°С, сильная головная боль, миалгия, артралгия, выраженная слабость. Так, в 2000 г. в Волгограде было госпитализировано 739 пациентов с однотипной картиной: лихорадка, головные, мышечные, суставные боли, резкая слабость. Доминировали симптомы поражения ЦНС, которые в течение 2-3 суток нарастали. 40 пациентов скончалось при явлениях отека мозга, расстройства дыхания.

Несмотря на важную роль, которую ЛЗН играет в инфекционной патологии человека и животных, в мире до сих пор не разработаны вакцины и средства этиотропного лечения.

Цель нашей работы - поиск ингибиторов репродукции ВЗН среди фармакопейных препаратов. Всего было исследовано 304 препарата фармакопейного статуса в опытах на белых мышах, которых инфицировали 10-100 LD_{50} ВЗН (шт. Eg-101).

Среди противовирусных препаратов выраженные ингибирующие свойства выявлены у ремантадина, протективный эффект которого составлял 72,3%. Средняя продолжительность

Репозиторий ГрГМУ

жизни (СПЖ) увеличивалась в 2,2 раза, наблюдалось достоверное ($P<0,01$) снижение титра вируса в крови на 3,5 lg $LD_{50/0,03мл}$ и мозге на 2,75 lg $LD_{50/0,03мл}$ в опыте по сравнению с контролем. ХТИ равен 16. Установлена высокая чувствительность вируса ЗН к антибиотикам-аминогликозидам, прежде всего – к гентамицину. Введение гентамицина достоверно повышало выживаемость опытных животных на 84,8% по сравнению с контрольными. У мышей снижалась напряженность вирусемии на 3,25 lg $LD_{50/0,03мл}$, репродукция вируса в мозге на 4,5 lg $LD_{50/0,03мл}$, а СПЖ возрастала в 2,7 раза, ХТИ>100. Выраженные антивирусные свойства выявлены также у нейролептика галоперидола, протективный эффект которого достигал 74,8%, СПЖ увеличивалась в 2,2 раза, наблюдалось снижение титра вируса в крови и мозге подопытных животных на 2,75 и 3,25 lg $LD_{50/0,03}$ мл соответственно по сравнению с контрольными. ХТИ равен 10. Антивирусные свойства препарата защищены Патентом №1565027. Интерес представляет выявление антивирусной активности у окситоцина, протективный эффект которого достигал 85,22%, титр вируса в крови опытных животных снижался на 3,75 lg $LD_{50/0,03мл}$ и мозге на 4,0 lg $LD_{50/0,0\ мл}$ по сравнению с контрольными. Антивирусные свойства АТФ защищены А.с.№ 1609082, а окситоцина – Патентом РБ № 2968.

Таким образом, в экспериментах in vivo выявлены активные ингибиторы репродукции вируса ЗН среди фармакопейных препаратов: гентамицина, АТФ, амикацина, ампициллина, левомицетина, ремантадина, галоперидола, окситоцина. Их можно рассматривать в качестве кандидатов для этиотропного лечения ЛЗН.

Литература

1. Венгеров Ю.Я., Платонов А.Е. Лихорадка Западного Нила: история и эпидемиология // Ж. Лечащий врач.-2000.- №10.-С.5-13.

2. Воинов И.Н., Григорьев А.И., Протас И.И., Равская Ч.Т. / Выявление больных лихорадкой Западного Нила в Белорусском Полесье // Здравоохранение Белоруссии.- 1981. - № 7. - С. 38-40.

3. Львов Д.К., Бутенко А.М., Гайдамович С.Я. и др. Эпидемические вспышки менингита и менингоэнцефалита в Краснодарском крае и Волгоградской области, вызванные вирусом Западного Нила / Вопр. вирусол. - 2000. - № 1. - С. 37-38.

4. Петров В.А., Алюшин А.М., Жуков А.Н. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика вспышки лихорадки Западного Нила в 1999 году в Волгоградской области // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2001. - № 1. т.3. - С. 17-21.

Репозиторий ГрГМУ

5. Самойлова Т.И., Львов Д.К., Рытик П.Г. и др. Изоляция, антигенные свойства и биологическая характеристика штаммов вируса Западного Нила в Беларуси // Профилактика и лечение инфекционных и паразитарных заболеваний: Мат-лы научн. конф. – Мн. - 1995. - С. 116-121.

6. Kulasekera V.L., Kramer L., Nasci R.S. et al. West Nile virus infection in moskitoes, birds, horses, and humans. States Island, New York, 2000 // 2012, Ibid. - P. 722-725.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Александрович А.С., Новицкая В.С., Наумов И.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время возможности ультразвуковой гастроскопии в диагностике заболеваний желудка у детей, особенно новорожденных, изучены недостаточно [1]. Относительная простота метода сочетается со сложностями, возникающими при трактовке эхограмм, полученных у обследованного ребенка [2]. В связи с отсутствием в Республике Беларусь единых подходов к анализу эвакуаторных нарушений функции желудка у новорожденных и детей раннего возраста проблема оценки функции желудка у новорожденных и детей раннего возраста является актуальной.

Цель исследования - создать методику для повышения эффективности ультразвукового исследования желудка новорожденных и детей раннего возраста в условиях нормы и при патологии.

Методы исследования. Обследованные новорожденные были разделены на 3 клинические группы: с диагностированной гастродилатацией антенатально (40 младенцев), с синдромом срыгивания (55 младенцев), контрольная группа (36 здоровых новорожденных).

Обследование проводилось на ультразвуковом сканере «Sonoace 5500» (фирма «Medison», Корея) с помощью электронного мультичастотного линейного датчика на частоте 10.0 мегагерц, а также на ультразвуковом сканере экспертного класса «En-Visor» (компания «Philips Ultrasound», Нидерланды) с помощью широкополосного линейного датчика L12-3 с

Репозиторий ГрГМУ

частотным диапазоном 3–12 мегагерц, на частоте 12.0 мегагерц. В качестве контрастного вещества при исследовании желудка у новорожденных и детей раннего возраста использовалось грудное молоко матери или адаптированная молочная смесь.

В качестве методик ультразвукового исследования использованы «Способ диагностики заболеваний желудка новорожденного или ребенка раннего возраста» (патент на изобретение № 9739, заявка от 03.01.2005 г.) и «Способ ультразвуковой диагностики нарушения эвакуаторной функции желудка у новорожденного» (патент на изобретение № 9740, заявка от 03.01.2005 г.). Математическая обработка полученных данных проведена с использованием программы STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение. На основании вышеуказанных методик были разработаны ультразвуковые параметры строения желудка новорожденного в условиях нормы, параметры строения стенки желудка новорожденного, а также установлена возможность детального изучения кардиального отдела желудка и привратника.

Так, средние размеры желудка, наполненного естественным контрастным веществом, составили: длина – 3,6±0,1 см; поперечный размер – 2,6±0,1 см; переднезадний размер – 2,7±0,1 см, объем – 14,2±1,2 мл. Средняя толщина стенок желудка составила 4,2±0,1 мм. Послойное строение стенок пищевода оказалось следующим: слизистая и подслизистый слой – 1,3±0,1 мм толщиной, мышечный слой – 2,2±0,1 мм, соединительнотканный – в среднем 0,7±0,1 мм. Длина пилорического канала составила 1,1±0,1 см, длина мышечного слоя – 1,2±0,1 см, толщина мышечного слоя – 2,0±0,1 мм. Период полувыведения содержимого желудка составил 50,0±5,0 мин.

Были определены ультразвуковые признаки пилороспазма: желудок шаровидной формы, его средний объем – 30,8±6,1 мл (в 2 раза больше по сравнению с группой контроля, $p<0,0005$); открытие привратника – через 30,2±5,1 мин; за час до кормления объем содержимого желудка – 4,5±0,5 мл; средний период полувыведения – 65,0±5,0 мин (на 15 мин дольше, чем в контрольной группе, $p<0,005$).

Были определены ультразвуковые признаки пилоростеноза: длина пилорического канала – 2,2±0,1 см, длина мышечного слоя – 2,6±0,2 см, толщина мышечного слоя – 6,1±0,3 мм (более чем в

Репозиторий ГрГМУ

2,0 раза превышает показатели группы контроля, $p<0,005$); после кормления привратник закрыт, открытие его происходит через 150,0±30,1 мин; пилорический канал щелевидной формы, иногда в форме «плечиков» или «фигурной скобки», после его открытия пища поступает в двенадцатиперстную кишку медленно; за 1 ч до кормления объем наполнения желудка – 9,4±0,1 мл (контроль – 3,0±0,3 мл, $p<0,005$); средний период полувыведения содержимого желудка – свыше 180 мин (более чем в 3 раза дольше в сравнении с контрольной группой, $p<0,005$).

Были определены ультразвуковые признаки халазии привратника: средний объем желудка – 21,3±1,3 мл (в 1,5 раза больше по сравнению с группой контроля, $p<0,005$); непосредственно после кормления определяется зияние пилорического канала; период полувыведения содержимого уменьшен и составляет 28,0±6,0 мин ($p<0,005$); во время второго и третьего исследования четко определяется обратный заброс содержимого двенадцатиперстной кишки в просвет желудка.

Были определены ультразвуковые признаки халазии кардии: неполное смыкание стенок кардиального отдела пищевода; непосредственное выявление желудочно-пищеводного рефлюкса; увеличение количества забрасываемого содержимого из желудка в пищевод при надавливании ультразвуковым датчиком в проекции желудка. Полученные результаты позволяют рекомендовать использовать данный метод неинвазивного исследования (ультразвуковую гастроскопию) в качестве дополнительного метода диагностики таких заболеваний желудка как пилороспазм, пилоростеноз, недостаточность (халазия) привратника, халазия кардии, а также для диагностики причины срыгивания у новорожденных.

Литература

1. Аминова А.И., Голованова Е.С., Высокова О.Л. Новое в диагностике моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей / А.И. Аминова, Е.С. Голованова, О.Л. Высокова // Вопросы детской диетологии. – 2006. – Т.4. – №1. – С. 39.

2. Функциональные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта у детей / С.В. Бельмер [и др.] // Лечащий врач. – 2005. – №8. – С.64–67.

Репозиторий ГрГМУ

ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ КЛЕТОЧНО-СОСУДИСТОГО СООТНОШЕНИЯ СТРОМЫ МЕЛАНОМЫ КОЖИ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ОПУХОЛИ

Алексинский В.С., Басинский В.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Опухолевая строма представляет собой важный структурно-функциональный элемент новообразования. Являясь с одной стороны крупным элементом «инфраструктуры» опухоли как автономного образования, она обеспечивает также коммуникацию этого образования с организмом больного. Будучи составленной из трёх основных компонентов – сосудистого, клеточного и волокнистого – она может оказывать различное влияние на опухолевую паренхиму в зависимости от количественного соотношения её составляющих. Так, в отдельных работах [1] обнаружено влияние стромального микроокружения на экспрессию некоторых молекулярных маркеров. Однако, литературных данных о связи соотношений различных компонентов стромы меланомы с морфологическими параметрами опухоли нами не найдено. В связи с этим представляется актуальным исследование связи показателей, отражающих баланс стромальных элементов, в частности, клеточно-сосудистого соотношения, с морфологическими параметрами меланомы кожи.

Цель исследования - оценить связь клеточно-сосудистого соотношения опухолевой стромы с морфологическими параметрами при меланоме кожи.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 45 меланом кожи, окрашенных гематоксилином и эозином по стандартной методике. Оценивалась перитуморозная лимфогистиоцитарная инфильтрация, толщина опухоли по Breslow и уровень инвазии по Кларку. Микропрепараты фотографировали и с помощью фоторедактора Adobe Photoshop CS 10.0 конвертировали в трёхцветный формат по специально разработанному алгоритму, после чего анализировали в среде компьютерной программы mashacv. Оценивалось значение показателя клеточно-сосудистого соотношения опухолевой стромы (КСС).

Репозиторий ГрГМУ

Результаты исследования. Крайние значения показателя КСС колебались от 0,032 до 14,19. Медиана его составила 0,5 (0,23;1,4).

Корреляционный тест Спирмена показал отсутствие связей между исследуемым показателем и такими морфологическими параметрами опухоли, как стадия инвазивного роста по Кларку, толщина опухоли по Breslow и выраженность перитуморозной лимфогистиоцитарной инфильтрации (во всех случаях $p>0,05$).

Тест множественных сравнений Краскела-Уоллиса не показал достоверных различий между меланомами, сгруппированными по толщине (в соответствии со стадиями pT), стадии инвазивного роста по Кларку и выраженности перитуморозной лимфогистиоцитарной инфильтрации (во всех случаях $p>0,05$). При перегруппировке меланом по толщине в 2 группы – 1-ю группу составили опухоли pT_1/pT_2 стадий, а во 2-ю группу вошли меланомы стадий pT_3/pT_4 – достоверные различия между группами также отсутствовали. Аналогичная картина была получена при перегруппировке меланом по выраженности: выраженность перитуморозной инфильтрации (1-я группа – меланомы со слабо выраженной инфильтрацией и без неё, 2-я – с резко и умеренно выраженной инфильтрацией).

Выводы. Не обнаружено связи между значениями показателя клеточно-сосудистого соотношения опухолевой стромы и основными морфологическими параметрами меланомы кожи при использовании корреляционного анализа и тестов сравнения средних. Однако, мы считаем, что необходим дальнейший поиск статистических связей исследуемого параметра с морфологией опухоли, поскольку биологические механизмы взаимодействия стромы и паренхимы могут быть слишком сложны для описания методами использованной нами статистики.

Литература

1. The in vivo modulatory effects of an anterior-chamber microenvironment on uveal melanoma / H. S. Mudhar [et al.] // Br. J. Ophthalmol. – 2009 – Vol. 93(4) – P. 40-535.

Репозиторий ГрГМУ

ЦИФРОВАЯ МОРФОМЕТРИЯ ПЛАЦЕНТЫ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Алексинский В.С., Пальцева А.И., Пономаренко С.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Как правило, микроскопическая оценка состояния плаценты ограничивается описательной морфологией: отмечается наличие либо отсутствие кальциноза плацентарной ткани, оценивается состояние терминальных ворсин и интервиллезного пространства [1, 2]. Однако перечисленные морфологические изменения могут встречаться как при синдроме фетоплацентарной недостаточности (ФПН), так и при физиологическом «старении» плаценты, в связи с чем не могут служить достоверными морфологическими маркерами ФПН. На наш взгляд, методы цифровой компьютерной морфометрии предоставляют исследователю возможность получения объективных количественных признаков, позволяющих точно описать состояние плацентарной ткани. В связи с этим использование данной методики представляется нам перспективным методом объективной оценки изменений плацентарной ткани при синдроме ФПН.

Цель исследования: выполнить морфометрическую оценку плацентарной ткани при синдроме ФПН.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 30 плацент от женщин с синдромом ФПН и 30 – от женщин контрольной группы. Кусочки сырого материала подвергались гистологической проводке и окрашивались гематоксилином и эозином по стандартной методике. Гистологические срезы оцифровывались путём фотографирования. Выполнялась коррекция изображений с использованием фоторедактора Adobe Photoshop CS 10.0, затем в среде компьютерных программ photom131 и mashacv проводилась морфометрическая оценка микрофотографий. Определялись следующие количественные характеристики плацентарной ткани: сосудисто-стромальное соотношение (ССС), удельная площадь интервиллёзного пространства ($\mathbf{S_i}$) и удельная площадь фиброзной ткани (S_f) в жизнеспособных ворсинах.

Репозиторий ГрГМУ

Полученные данные обрабатывались методами статистики с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты исследования. Значения всех оцениваемых нами показателей колебались в широких пределах (данные описательной статистики – минимальное и максимальное значения, медиана, нижние и верхние квартили – приведены в таблице).

Таблица - Данные описательной статистики для показателей ССС, S_i и S_f.

	Med.	Min.	Max.	LQ	UQ
ССС	25,8	4,2	57,5	20,3	39,0
S_i	49,3	30,6	69,2	44,6	56,5
S_f	11,7	0,9	57,6	5,6	19,0

Среднее значение показателя ССС в группе плацент, полученных от матерей с ФПН, составило 26,08, а в группе контроля – 32,74. Средние значения показателей S_i, S_f в аналогичных группах составили 49,84, 12,79 и 49,64, 16,8 соответственно.

При оценке различий средних значений данных показателей состояния плацентарной ткани в группе ФПН и группе контроля методом Манна-Уитни найдено, что в группе плацент, полученных от женщин с ФПН, сосудисто-стромальное соотношение достоверно ниже, чем в плацентах контрольной группы (U=403, p=0,03). Однако, средние значения удельной площади интервиллезного пространства и удельной площади фиброзной ткани в группе ФПН и контрольной группе не имеют статистически значимых различий (U=553, p=0,84 и U=121, p=0,2 соответственно).

В плацентарной ткани женщин с ФПН показатели сосудисто-стромального соотношения достоверно ниже, чем в контрольной группе. Однако средние значения удельной площади интервиллезного пространства и удельной площади фиброзной ткани в данных группах не имеют достоверных различий. Таким образом, сосудисто-стромальное соотношение представляется нам наиболее ценным и информативным морфометрическим показателем для морфологической

Репозиторий ГрГМУ

диагностики ФПН, а снижение удельной площади капиллярного русла ворсин следует считать одним из ведущих звеньев в патогенезе синдрома ФПН.

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.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Алещик И.Ч., Хоров О.Г., Марцуль Д.Н., Лопухова А.П., Леменовская П.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Тугоухость – наиболее часто встречаемое моногенно наследуемое заболевание в Беларуси [2]. В России насчитывается более 13 млн. слабослышащих, среди них на детей приходится более 1 млн. Из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с глубокой тугоухостью или глухотой. Кроме того, в течение первых 3 лет жизни тугоухость появляется еще у 2-3 детей [3]. Выделяют следующие факторы риска развития нейросенсорной тугоухости и глухоты среди новорожденных: возраст матери старше 35 лет; беременность на момент родов менее 30 недель; масса ребенка при рождении до 1500 граммов; генетические нарушения слуха (у родителей, близких родственников); инфекции из группы TORCH (цитомегалия, краснуха, токсоплазмоз, герпес), сифилис; асфиксия при рождении; кровотечения, приводящие к тяжелой анемии; патологические состояния новорожденных, угрожающие развитием билирубиновой энцефалопатии; нахождение на искусственной вентиляции легких >48 часов; нахождение в инкубаторе более 10 дней; поражения центральной нервной системы; гестоз II-III степени (во II и III триместре); прием ототоксических препаратов; врожденные пороки развития у новорожденного. Все эти факторы не одинаково часто могут приводить к врожденной патологии слуха. В литературе имеются данные о наиболее частых и важных факторах [1], а именно: генетические

Репозиторий ГрГМУ

нарушения (у родителей и близких родственников) – 28%, недоношенность – 28%, родовая патология – 28%, перинатальная энцефалопатия – 21%, масса ребенка при рождении меньше 1500 кг – 21%, внутриутробная инфекция – 14%, применение ототоксических препаратов у ребенка – 14%, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность – 7%. Мы решили изучить данную проблему и определить наиболее вероятные и чаще встречаемые факторы риска развития тугоухости и глухоты.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости факторов риска развития тугоухости и глухоты у новорожденных.

Материалы и методы. Изучены результаты анкетирования родителей детей, страдающих тяжелыми формами нейросенсорной тугоухости и глухотой, на базе Центра патологии слуха и речи УЗ «ГОКБ». Всего было опрошено 108 женщин.

Полученный материал обработан методом статистического анализа.

Результаты исследования. Среди детей мальчики составили 52 (48,15%), девочки – 56 (51,85%). Средний возраст детей на момент анкетирования составил 10,2±2,2 года (от 1 до 19 лет). В среднем снижение слуха замечено в возрасте 1,8±0,4 года, диагноз установлен в 2,5±0,5 года. У 9 (8,3%) больных диагностирована 2 степень тугоухости, у 41 (38%) пациента - 3 степень тугоухости, у 58 (53,7%) детей – 4 степень тугоухости.

У 4 (3,7%) матерей возраст на момент родов был старше 35 лет. В 10 (9,26%) случаях беременность на момент родов составила менее 30 недель. В 4 (3,7%) случаях вес новорожденного составлял менее 1500 граммов. Генетические нарушения слуха у родственников: 3 (2,78%) пациента - слух нарушен у одного из родителей, 12 (11,1%) пациентов - у обоих родителей, 24 (22,2%) пациента – нарушения слуха отмечались у близких родственников. Инфекции из группы TORCH (цитомегалия, краснуха, токсоплазмоз, герпес) отмечались у беременных в 5 (4,4%) случаях, у новорожденных – в 1 (0,9%) случае. На момент родов 2 (1,85%) новорожденных имели 6 баллов по шкале Апгар, 1 (0,9%) - 5 баллов, 2 (1,85%) - 2 балла. В 6 (5,56%) случаях встречалась патологическая желтуха в раннем

Репозиторий ГрГМУ

постнатальном периоде. 12 (11,1%) новорожденных находились на ИВЛ более 48 часов. У 13 (12,03%) новорожденных отмечали поражение ЦНС (менингит, отек головного мозга, менингоэнцефалит). Гестоз 2-3 ст. наблюдали у 23 (21,3%) беременных. У 22 (20,4%) детей в возрасте до года использовались антибиотики из группы ототоксических. Врожденные пороки развития встречались редко: в 1 (0,9%) - челюстно-лицевая патология, в 1 (0,9%) - врожденный порок сердца.

Имели место следующие факторы риска и частота их встречаемости:

- возраст матери старше 35 лет - 4 (3,7%);
- беременность на момент родов менее 30 недель - 10 (9,26%);
- вес новорожденного менее 1500 граммов – 4 (3,7%);
- инфекции из группы TORCH у беременных – 5 (4,4%), у новорожденных – 1 (0,9%);
- менее 7 баллов по шкале Апгар – 5 (4,6%);
- патологическая желтуха в раннем постнатальном периоде – 6 (5,56%);
- нахождение на ИВЛ более 48 часов – 12 (11,1%);
- поражение ЦНС – 13 (12,03%);
- гестоз 2-3ст. – 23 (21,3%);
- применение ототоксических антибиотиков у детей в возрасте до года – 22 (20,4%);
- врожденные пороки развития у новорожденного – 2 (1,85%);
- генетические нарушения слуха у родственников: у родителей – 15 (13,9%), у близких родственников – 24 (22,2%).

Наиболее часто встречались генетические нарушения слуха у близких родственников – 24 (22,2%), гестоз 2-3ст. – 23 (21,3%), применение ототоксических антибиотиков у детей в возрасте до года – 22 (20,4%), генетические нарушения слуха у родителей – 15 (13,9%), поражение ЦНС – 13 (12,03%), нахождение на ИВЛ более 48 часов – 12 (11,1%).

Наименее редко - инфекции из группы TORCH у новорожденных – 1 (0,9%), врожденные пороки развития у

Репозиторий ГрГМУ

новорожденного – 2 (1,85%), возраст матери старше 35 лет – 4 (3,7%), вес новорожденного менее 1500 граммов – 4 (3,7%). Не встречались такие факторы риска, как кровотечения, приводящие к анемизации плода и новорожденного; гемолитическая болезнь новорожденных; нахождение в инкубаторе более 10 дней; применение петлевых диуретиков в неонатальном периоде у новорожденного; генетические нарушения новорожденного.

Выводы.

1. Наиболее вероятные причины развития тугоухости и глухоты – генетические нарушения слуха у близких родственников, гестоз 2-3ст., применение ототоксических антибиотиков у детей в возрасте до года, генетические нарушения слуха у родителей, поражение ЦНС, нахождение на ИВЛ более 48 часов.

2. Знание факторов риска развития тугоухости и глухоты помогает рано выявить патологию слуха и начать реабилитационные мероприятия.

Литература

1. Алгоритм комплексной оценки слуховой функции у новорожденных детей: инструкция по применению / К.У. Вильчук, Т.В. Гнедько, И.И. Паюк, С.А. Берестень, О.А. Копылович // Минск, 2008. – 14 с.

2. Маркова, Т.Г. Практика медико – генетического консультирования при врожденной и ранней детской тугоухости. / Т.Г. Маркова, А.В. Поляков, Н.Л. Кунельская // Вестник оториноларингологии. - 2008. - № 5. – С. 18–22.

3. Таварткиладзе, Г.А. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни / Г.А. Таварткиладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Экзамен, 2005. – 128 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УШНОГО ШУМА У ДЕТЕЙ

Алещик И.Ч., Зосик Ю.В., Кринец О.О., Костюкович С.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Ушной шум – это слуховые ощущения в одном или двух ушах, возникающие при отсутствии акустического импульса в окружающей среде. Это не отдельная самостоятельная болезнь, а скорее сопутствующий симптом, как осложнение других заболеваний. Проблема ушного шума у детей сравнительно недавно начала рассматриваться иностранными авторами и имеет высокую актуальность в связи с широкой распространенностью и

Репозиторий ГрГМУ

очень низкой обращаемостью за медицинской помощью. По данным зарубежных авторов 6-36% детей с нормальным слухом населения страдают этим недугом, а у пациентов с нарушением слуха ушной шум отмечает более 55% детей [1]. Зачастую дети считают ушной шум нормальным явлением и затрудняются описать его. Дети редко предъявляют жалобы на шум в ушах или даже не говорят об этом. Дети, которые испытывают ушной шум с раннего детства или рождения, часто считают, что другие дети также слышат шум в ушах, и легче приспосабливаются к нему [1, 2]. По различным данным частота ушного шума у детей варьируется от 3 до 40%, в частности: 10–14,5% в Австралии (Linnett Sanchez, Department of Speech Pathology and Audiology, School of Medicine, Flinders University, South Australia), до 36% в Швеции (Department of Audiology, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden), 21% в США («Tinnitus Handbook» Richard Tyler, 2000), 37% в Бразилии (Coelho CB, Sanchez TG, Tyler RS., Department of Otolaryngology of the University of São Paulo Medical School, São Paulo, Brazil), до 40% в Польше (Instytut Fiziologii i Patologii Sluchu) [3, 4, 5].

Нами было принято решение уделить изучению эпидемиологии ушного шума среди детского населения и проведению его тщательного мониторинга должное и пристальное внимание, а также способствовать раннему выявлению и адекватной диагностике эпизодов тиннитуса. Это в дальнейшем достоверно позволит проводить профилактику прогрессирования данного состояния и осуществлять эффективные реабилитационные мероприятия на новом клиническом уровне.

Цель работы: изучить эпидемиологию и особенности ушного шума у детей младшей, средней и старшей школьной возрастной категории (от 8 до 17 лет).

Материалы и методы исследования. Нами было организовано и проведено анкетирование детей на предмет возможного выявления ощущений субъективного шума в ушах, его периодичности, степени выраженности и частоту, его вероятной взаимосвязи с условиями жизнедеятельности, обращения к врачу и эффективности проводимого лечения, анамнеза заболеваний уха, а также других перенесённых

Репозиторий ГрГМУ

заболеваниях, нарушения привычного образа жизни. Это позволило нам осуществить полноценный скрининг в условиях данного исследования (при обработке полученных данных использовались статистические методы), провести адекватный анализ полученных первоначальных данных и сформулировать выводы на основании исследования эпидемиологии и особенностей ушного шума в данной возрастной категории.

Всего обследовано 1158 детей в возрасте от 8 до 17 лет, учащихся в учебных заведениях города Гродно: ГрГГ, СШ № 12, СШ № 38, Лицей №1 а также находящихся на лечении в УЗ «ГОДКБ». Из них: 1-я группа – дети 8-11 лет – 230 (19,9%) человек, 2-я группа – 12-13 лет – 226 (19,5%) человек, 3-я группа – 14-15 лет – 432 (37,3%) человека, 4-я группа – 16-17 лет – 270 (23,3%) человек.

Результаты исследования. Среди всех обследованных детей ушной шум отмечали 553 ребёнка, что составило 47,8%.

В 1-й группе шум отмечали 75 (32,6%) детей, во второй – 95 (42%) детей, в 3-й – 232 (53,7%) ребёнка, в 4-й – 151 (55,9%) ребёнок.

Периодический шум отмечают 528 (95,5%) детей, постоянный – 25 (4,5%). Средняя длительность шума у детей составила 18 месяцев.

По локализации: ощущение шума в обоих ушах у 282 (51%) детей, в правом ухе у 115 (20,8%) детей, в левом ухе у 74 (13,4%) детей, в голове у 82 (14,8%) детей.

Характер шума дети описывали следующим образом: звон – 120 (21,7%) человек, писк – 178 (32,2%) человек, «ультразвук» – 45 (8,1%) человек, шипение – 39 (7,1%) человек, свист – 39 (7,1%) человек, другие виды (шум ветра, стук, шум моря, шуршание, писк комара и др.) – 132 (23,8%) человека.

В связи с шумом в ушах обращались за медицинской помощью только 38 (6,9%) человек, все получали соответствующее лечение. При этом эффективность лечения была следующая: шум прошёл полностью у 6 (15,8%) человек, уменьшился у 28 (73,7%) человек, без изменений у 4 (10,5%) человек. Самолечением (к врачу не обращались, но лечились собственными силами народными средствами) занималось 23 (4,2%) человека: 16 (69,6%) из них – без эффекта, а у 7 (30,4%)

Репозиторий ГрГМУ

шум уменьшился. Отмечается значительно лучший результат лечения у специалиста (эффективность лечения до 40% можно считать эффектом плацебо).

Отдельно стоит отметить наличие предрасполагающего фактора, напрямую связанного с объектом настоящего исследования: 352 (30,4%) человека отмечали регулярное нахождение в условиях чрезмерного шума. Из них у 247 (70,2%) человек имеется ушной шум, что указывает на прямую связь внешнего звукового раздражителя на развитие ушного шума.

Заболевания ушей в анамнезе имеют 125 (22,6%) детей с ушным шумом, при этом отиты – 102 (18,5%) человека, невриты - 16 (2,9%) опрошенных, операции на ушах – 19 (3,4%) человек, другие заболевания уха – 23 (4,2%) ребёнка.

Среди всех пациентов с ушным шумом слушают громкую музыку, музыку в наушниках 406 (63,4%) проанкетированных. В первой группе часто слушают громкую музыку, музыку в наушниках 52 (69,3%) человека, во второй группе – 61 (64,2%) человек, в третьей группе – 167 (72%), в четвёртой группе – 138 (91,4%). С увеличением возраста растёт использование наушников при прослушивании музыки, что напрямую влияет на возникновение ушного шума.

Основные критерии влияния ушного шума на жизнь ребенка: нарушение сна, нарушение отдыха, снижение концентрации внимания, снижение качества учебного процесса, нарушение общения с окружающими. Влияние шума на качество жизни, оцениваемой по десятибалльной системе, дети в среднем оценивают в 1,92±0,29 баллов. Данный показатель указывает на незначительное влияние на повседневную жизнь субъективного шума. Однако 47 (4%) детей оценили ухудшение качества жизни в пределах от 4 до 8 баллов. Данный показатель указывает на выраженное отрицательное воздействие на повседневную жизнь ребёнка.

Выводы

1. Практически половина проанкетированных детей (47,8%) ощущают шум в ушах. Средняя длительность шума у детей составила 18 месяцев.

2. Частота ушного шума увеличивается с возрастом, что напрямую связано с увеличением количества детей, часто слушающих громкую музыку и музыку в наушниках.

Репозиторий ГрГМУ

3. Степень влияния ушного шума на уровень жизни детей относительно невысока (1,92±0,29 баллов), поэтому за медицинской помощью обращается незначительное число (6,9%) детей. Эффективность проводимого лечения ушного шума у детей на высоком уровне (89,5%).

4. Анкета для мониторинга ушного шума среди детского населения информативна и применима для выявления данной патологии, что позволит своевременно предпринять необходимые меры, направленные на снижение интенсивности, улучшение переносимости шума и повышение качества жизни у пациентов.

Литература

1. Bartnik, G. Troublesome Tinnitus in Children: Epidemiology, Audiological Profile, and Preliminary Results of Treatment / G. Bartnik, A. Stępień, D. Raj-Koziak, A. Fabijańska, I. Niedziałek, H. Skarżyński // International Journal of Pediatrics. – 2012. – P. 1155–1160.

2. Лопотко, А.И. Шум в ушах / А.И. Лопотко, Е.А. Приходько, А.М. Мельник; под ред. А.И. Лопотко. – СПб., 2006. – 278 с.

3. Coles, R.R. Epidemiology of tinnitus / R.R. Coles. – Edinburg: Churchill Livingstone, 1987. – 46 p.

4. Tyler, R.S. The Consumer Handbook on Tinnitus / R.S. Tyler. – Sedona, Ariz: Auricle Ink Publishers, 2008.

5. Fabijańska, A. Epidemiology of tinnitus in Poland / A. Fabijańska and all. // Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar, Cambridge, UK. The Tinnitus and Hyperacusis Centre, London, 1999. – P. 567–569.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ

Амбрушкевич Л.П., Кажина М.В., Гутикова Л.В., Биркос В.А., Кузнецов Р.В., Комар В.О.

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Генитальный пролапс (ГП) представляет собой довольно распространенное страдание так называемого переходного, или перименопаузального, возраста женщины, характеризующееся, прежде всего, дефицитом эстрогенов и связанных с ним расстройств: метаболических, психоэмоциональных, вегетативных, функциональных и др. Основным проявлением заболевания является дистенция

Репозиторий ГрГМУ

мышечно-связочного аппарата тазового дна и внутренних половых органов, что приводит к их опущению, вплоть до полного выпадения. Эта ситуация сопровождается функциональными расстройствами смежных органов – прямой кишки и мочевого пузыря, что значительно снижает качество жизни женщин, лимитирует их социально-значимую активность и трудовую деятельность. Диагностика ГП не вызывает затруднений, тогда как лечение представляет собой многоступенчатый и междисциплинарный алгоритм, одним из звеньев которого является хирургический метод. Из более чем 200 методик хирургического лечения ГП в современной гинекологии сохранились лишь те, которые отвечают требованиям протезирования тазового дна то ли за счет использования аутотканей (фасций, связок, мышечных лоскутов), то ли с применением аллотрансплантантов (mesh techniques). Хирургия тазового дна у женщин переходного возраста характеризуется значительным разнообразием.

Цель работы - изучить вариабельность оперативного лечения ГП по данным отделения гинекологии УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» за период с 2009 по 2013 гг.

Методы исследования. Ретроспективный анализ 205 историй болезней пациенток гинекологического отделения, которым было выполнено реконструктивно-хирургическое вмешательство на органах малого таза при их выпадении в период с 2009 по 2013 гг.

Результаты исследования. Анализ историй болезней выявил многообразие вариантов хирургических операций при ГП. Дополнительным показанием к выполнению операции было значительное снижение качества жизни, сопровождаемое уретральной и/или анальной инконтиненцией. Из сопутствующих функциональных нарушений чаще всего имело место наличие обструктивного типа мочеиспускания, либо недержания мочи при напряжении, что потребовало урологического обследования и дополнения, в ряде случаев, хирургического лечения операцией уретросуспензии с использованием свободной проленовой петли (TVT). Выявлено, что более чем в половине случаев пациенткам было выполнено протезирование тазового дна по методике Prolift

Репозиторий ГрГМУ

anterior et Prolift posterior (n=108; 52,7%). Вторым по частоте выполнения объемом хирургического вмешательства было TVT (n=11; 5,4%). Сочетание Манчестерской операции с Prolift posterior было 3-м по частоте выполнения хирургическим вмешательством (n=9; 4,4%). Всего выполнено 29 вариантов сочетаний хирургического лечения ГП, из них 27 с использований mesh techniques. За анализируемое время у 35 пациенток выявлены признаки недержания мочи при напряжении (НМпН) различных степеней, подтвержденное специальным урологическим обследованиям (положительные пробы Вальсальвы и кашлевая, выполненные при наполнении мочевого пузыря не менее 250 мл в литотомической и вертикальных позициях), что подтверждает данные литературы о достаточно частом сочетании генитального пролапса со стресс-недержанием мочи. Это потребовало дополнения хирургического вмешательства операцией TVT (17,1%). В 10 случаях выполнена пластика аллотканями путем соединения выделенных остатков пузырно-влагалищной фасции (n=10; 4,9%). Гинекологическая клиника УО «ГрГМУ» на базе УЗ «ГКБСМП г. Гродно» придерживается стратегического принципа органосохранения при выполнении реконструктивно-хирургических операций на органах малого таза при их выпадении. Гистерэктомия произведена только 7 пациенткам постменопаузального периода (3,4%) по строгим показаниям: гиперпластический процесс эндометрия, нарушение трофики фиброматозного узла, наличие миомы матки в сочетании с кистомой яичника. Высокотехнологичные хирургические методы с использованием аллопротезирования относятся к стандартизированным методикам, позволяющим, помимо прочего, объективно оценивать как ранние, так и отсроченные результаты оперативного лечения генитального пролапса. Однако, наш опыт показывает, что невозможно унифицировать показания к оперативному лечению у данного контингента пациенток в силу значительного многообразия соматических, психологических, сексуальных и иных аспектов, влияющих на выбор конкретной методики или вариантов хирургического лечения, выполняемых симультанно. Учитывая, что подобные операции выполняются не по жизненным показаниям, а с целью улучшения качества жизни,

Репозиторий ГрГМУ

последнее, несомненно, должно быть лучше, чем до операции. Полученные результаты анализа позволяют подтвердить тезис о необходимости строго индивидуализированного подхода к выбору метода хирургического лечения у пациенток с генитальным пролапсом.

Выводы.

1. Хирургическое лечения генитального пролапса у женщин является основной методикой улучшения их качества жизни.

2. Современные стандартизированные высокотехнологичные методы лечения позволяют, тем не менее, максимально индивидуализировать выбор оперативного лечения у женщин перименопаузального возраста.

Литература

1. Перинеология: Болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах / под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 336 с.

2. Tomoe H., Kondo A., Takei M. et al. Quality of life assessments in women operated on by tension-free vaginal tape (TVT) // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. – 2005. – Vol. 16. – № 2. – P. 114.

АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МОРФИНА, ВВЕДЕННОГО ИНТРАТЕКАЛЬНО В КАЧЕСТВЕ АДЪЮВАНТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Анацко С.В., Хмара В.В., Тарасов В.Ю., Гарбуз И.А., Муреня А.И.
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Актуальность. В соответствии с мировыми тенденциями развития акушерской анестезиологии в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» спинальная анестезия (СА) является основным методом обезболивания при операции кесарево сечение с 2005 года. За последние 7 лет врачами отделения анестезиологии и реанимации проведено 4740 спинальных анестезий при операции кесарево сечение. При этом удельный вес СА составляет 86%.

Репозиторий ГрГМУ

В 2012-2013 г.г. в отделении анестезиологии и реанимации использовался метод СА, где наряду с регионарным анестетиком в интратекальное пространство в качестве адъюванта вводился морфин в малых дозах. Морфин обладает выраженными гидрофильными свойствами, которые замедляют начало его действия после интратекального введения до 30 минут, но анальгетический эффект может продолжаться до 24 часов.

Цель исследования - изучение длительности и качества послеоперационного обезболивающего действия морфина, введенного интратекально в качестве адъюванта при СА для обезболивания операции кесарево сечение, оценка степени тяжести побочных эффектов.

Материал и методы исследования. На основании информированного согласия в исследовании принимали участие 480 соматически здоровых родильниц в возрасте 19-36 лет после проведения плановых операций кесарево сечение под СА в сроке беременности 38-40 недель, разделенных на 2 группы. В основную группу включены 240 родильниц, которым в качестве адъюванта интратекально вводился морфина гидрохлорид в дозировке 0,005 мг. В контрольную группу включены 240 родильниц, у которых СА проводилась без добавления в качестве адъюванта морфина гидрохлорида.

Премедикация включала атропин внутривенно в дозе 0,3-0,5 мг за 5 минут до пункции. Люмбальная пункция всем пациенткам проводилась в положении сидя либо лежа на уровне L2-3 одноразовыми иглами «pencil-point» 25G. СА проводилась с использованием 12,5-15 мг маркаин-спинал хеви. Интраоперационно проводился мониторинг систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) постоянно до извлечения плода и далее с интервалом 2,5 минуты, постоянный мониторинг ЧСС и SpO2, ЭКГ – мониторинг. После извлечения плода проводилась оценка его состояния по шкале Апгар.

Результаты исследования. По нашим данным новорожденные в обеих группах родились с оценками 8-9 баллов по шкале Апгар.

Послеоперационная анальгезия у пациенток основной группы заранее не назначалась. В этой группе

Репозиторий ГрГМУ

послеоперационная анальгезия потребовалась у 26 пациенток (10,8%). Обезболивание осуществлялось внутримышечным введением кеторола 30мг по требованию пациента.

Послеоперационная анальгезия у пациенток контрольной группы выполнялась внутримышечным введением трамадола 100 мг через 6 часов (2-3 введения), с последующим введением кеторола 30мг внутримышечно по требованию пациента.

В основной группе 213 пациенток (89%) встали через 8 часов после операции, не испытывая при этом болевых ощущений.

В контрольной группе 52 пациентки (21%) встали через 12 часов, остальные через 14-16часов. От более ранней активизации пациентки отказывались, ссылаясь на выраженные болевые ощущения.

В послеоперационном периоде у пациенток основной группы отмечались побочные эффекты действия морфина, которые представлены в таблице.

Побочный эффект	Группа О	Группа К
Кожный зуд	42 (17,5%)	0
Тошнота (рвота)	24 (10%)	2 (0,85%)
Нарушение самостоятельного мочеиспускания в течение 1-ых суток	7 (2,9%)	0

При этом степень выраженности кожного зуда была незначительной, продолжительностью до 3 часов, не потребовавшей введения антидотов морфина.

Приступы рвоты или тошноты устранялись однократным введением метоклопрамида 10мг внутривенно**.**

При нарушении мочеиспускания устанавливался катетер Фолея в течение 1 суток.

Выводы.

1. Применение морфина при СА не оказывает депрессивного влияния на плод.

2. Интратекальное введение морфина при СА обеспечивает качественный и длительный обезболивающий эффект в послеоперационном периоде.

3. Применение морфина при СА обеспечивает раннюю активизацию пациенток, что является дополнительным резервом в борьбе с тромбоэмболическими осложнениями.

Репозиторий ГрГМУ

4. Осложнения, связанные с введением морфина интратекально, не являлись жизнеугрожающими и при необходимости купировались.

5. Снижаются материальные затраты в послеоперационном периоде на медикаментозное обезболивание пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Андреевский А.С., Шишко В.И., Лазута С.Ф., Бородулина Л.П., Снитко В.Н.*, Дедуль В.И.*, Максимов А.И., Мельникова О.И.*
УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Актуальность. По данным ВОЗ инфаркт миокард (ИМ) в структуре смертности во всех странах мира, включая развивающиеся, составляет около 13% от всех случаев. Особо актуальна эта проблема для лиц пожилого возраста, где госпитальная летальность от ИМ колеблется от 18,5% до 50%, в среднем составляя 30-35% у пациентов 60 лет и старше. Множественность хронически протекающих болезней, свойственных пожилому возрасту, отягощает течение ИМ, ухудшает прогноз и выживаемость. В связи с этим проблема адекватного лечения таких больных по-прежнему актуальна.

Цель исследования: изучить структуру заболеваемости и летальность от ИМ среди лиц пожилого возраста, находившихся на стационарном лечении вУЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно».

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ медицинских карт выписанных и умерших пациентов с инфарктом миокарда, находившихся на лечении в отделении кардиологии и анестизиологии, реанимации и интенсивной терапии за 2011-2012 гг. Общее количество пациентов составило 382 человека, из них 218 в 2011 и 164 – в 2012 г. Количество пациентов в возрасте свыше 55 лет женщины и свыше 60 лет мужчины составило 364 (95,3%) человека. Количество пациентов с Q – ИМ составило 126 (32,9%), сне – Q – ИМ – 256 (77,1%) соответственно, при этом у 115 (30,1%)

Репозиторий ГрГМУ

пациентов был повторный ИМ. В качестве реперфузионной стратегии применялась тромболитическая терапия с использованием стрептокиназы в стандартной дозировке при наличии показаний. Всего выполнено 80 тромболизисов пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST, из них на догоспитальном этапе – 14 (17,5%). Всем пациентам назначались антикоагулянты, нитраты – сначала инфузионно, через дозатор в течение 2-4 дней, с последующим переходом на таблетированные формы при сохранении синдрома стенокардии. Большинство пациентов в качестве стандартной терапии получали В-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики, дезагреганты, статины в индивидуально подобранных дозах с учетом показаний и противопоказаний.

Результаты исследования. Всего умерло 26 (6,0%) пациентов с ИМ, при этом в 2011 г. – 13 (6,0%) и 10 (6,1%) – в 2012 г. У всех умерших пациентов был диагностирован Q – ИМ, из них у 5 (21,7%) – повторный. По срокам наступления летального исхода: в 1-е сутки – 7 (30,4%) пациентов, в 1-3 сутки – 3 (13%), 5-7 сутки – 4 (17,4%), свыше 7 суток – 9 (39,1%). Среди наиболее частых причин смерти были: фатальные тахиаритмии – 2 (8,7%), разрыв сердца с тампонадой – 5 (21,7%), нарастающая острая левожелудочковая недостаточность – 15 (65,2%), тромбоэмболия легочной артерии – 1 (4,3%).

Выводы. Увеличение количества пациентов пожилого возраста с ИМ требует внимательной и кропотливой работы с данной категорией пациентов в связи нарастанием риска потенциально фатальных осложнений. Ведущей причиной смерти данной категории пациентов стала нарастающая левожелудочковая недостаточность.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Андруконис В.Г., Хворик Н.В., Гутикова Л.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья подростков приобрели особую актуальность в последние

Репозиторий ГрГМУ

годы в связи с обострившейся проблемой качественного и количественного воспроизводства населения, неуклонно ухудшающимися характеристиками здоровья детей и матерей [2]. Современная социально-экономическая ситуация привела к распространению ряда негативных тенденций в молодежной среде. Наблюдается увеличение числа ранних сексуальных дебютов, ослабление брачно-семейных отношений, низкая репродуктивная культура [1, 2]. Ювенильная беременность – явление неблагополучное. Кроме медицинских затрат, от государства требуется материальная и социальная поддержка несовершеннолетних матерей, в то время как в большинстве случаев такая категория родителей в дальнейшем не продолжает свое обучение и трудовую деятельность.

Цель исследования: оценить медико-социальные аспекты наступления беременности у девушек-подростков 14-17 лет.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное анкетирование 198 подростков в возрасте 14-17 лет (юношей – 95 (48%), девушек – 103 (52%). Средний возраст составил 15,4±0,63 года. Ретроспективно проанализировано течение беременности у девушек-подростков (от 14 до 18 лет). Всего обследовано 216 беременных: городских (157 женщин) и сельских (59 женщин) жительниц. Средний возраст составил 16,6±0,81 года. Проспективно проведенное анкетирование подростков показало, что 73% юношей и 86% девушек имели половые контакты. Предохранялись от наступления нежелательной беременности 65% подростков. Методами предохранения были презерватив – 48% и прерванный половой акт – 17%.

Ретроспективный анализ произошедших родов в подростковом возрасте показал, что в целом в 14 лет роды произошли у 5 (2,3%) женщин, в 15 – у 11 (5,1%), в 16 лет – у 58 (26,7%), в 17 лет – у 122 (56,7%) и в 18 лет – у 20 (9,2%) наблюдавшихся женщин-подростков. Замужних горожанок было около половины 48,9% (в основном 17-18-летние). В 59,0% случаев отец ребенка был известен. Замужних жительниц сельской местности было больше (58,6% против 45,3% среди городских женщин-подростков). Среди незамужних конкретный отец не был установлен в 66% случаев, в отличие от замужних,

Репозиторий ГрГМУ

где отец был известен более чем в 85% наблюдениях. Более 1/3 (38,7%) юных матерей нигде не работали и не учились. Большинство респонденток (51,4%) охарактеризовало свой уровень как неудовлетворительный и только 2,8% - как хороший. Из 111 женщин, охарактеризовавших свое социально-экономическое положение как неудовлетворительное, 36,9% не учатся, в 66,5% не признались, кто будет отцом ребенка и в 100% являются незамужними. Все наблюдаемые отметили, что местом пребывания в период беременности являлся родительский дом, что указывает на 100% гарантию наблюдения за будущими молодыми мамами со стороны родителей. Честно признались, что продолжали курить во время беременности, 18 женщин (8,3% всех обследованных), причем 13 из них (более 72%) из группы с низким социально-экономическим статусом.

Таким образом, основными негативными проявлениями медико-социальной составляющей для обследуемого контингента явились контрацептивная безграмотность, отсутствие занятости (постоянного места учебы или работы), отца будущего ребенка (только в половине случаев брак был зарегистрирован), вредные привычки во время беременности.

Литература

1. Гуркин, Ю.А., Суслопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. - СПб.: Фолиант, 2001. – 352 с.

2. Можейко, Л.Ф. Становление репродуктивной системы у девочек-подростков и коррекция ее нарушений. – Минск: 2002. – 254 с.

ОЦЕНКА ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

*Аскаров Т.А., Сулейманов С.Ф., Курбат М.Н.**

УО «Бухарский государственный медицинский институт»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Устранение иммунных нарушений, восстановление пониженных значений системы иммунитета приводит к достижению и увеличению продолжительности периода клинической ремиссии, а также к снижению рецидивов и осложнений. В настоящее время для устранения вторичных

Репозиторий ГрГМУ

иммунодефицитных (ИДС) клиническая иммунология располагает широким арсеналом фармакологических средств. Современные методы оценки иммунного статуса позволяют обнаружить пораженные звенья иммунной системы у больных с заболеваниями органов пищеварительной системы (ОПС). Кроме этого, обязательно определение степени и характера иммунных нарушений. С этой целью клиницисты и исследователи используют формулы, позволяющие учитывать степень иммунных расстройств (СИР) [1].

Цель: оценка СИР у больных с заболеваниями ОПС.

Материал и методы исследования. Была проведена оценка иммунного статуса у 320 больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями ОПС в период с 2002 по 2012 гг. на базе ЦНИЛ Бухарского государственного медицинского института.

Клеточный иммунитет изучали с помощью моноклональных антител («Сорбент-Сервис», Россия) [3]. Уровень сывороточных иммуноглробулинов классов А, М и G выявляли по Mancini G [4]. Показатели иммунитета изучали двукратно (до лечения и 1 месяц после иммунокоррекции).

Результаты исследования. По формуле А.М. Земскова и др. [1] можно определить СИР. Мы исследовали иммунный статус у 320 больных с заболеваниями (ОПС) - это хроническая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, острые и хронические формы панкреатитов, острые и хронические холециститы, а также холецистопанкреатиты. У больных с патологией ОПС были выявлены общие тенденции в возникновении СИР: она была 1 либо 2 степени, причем в иммунной системе больных протекают процессы, противоположные по своей направленности: работа одних звеньев ослаблена (например, часто обнаруживали дефицит Т- и В-звеньев иммунитета, а также субпопуляций Т-лимфоцитов, обладавших индукторно-эффекторной функцией – Тх и Тс), а других - усилена (напряжение в функционировании гуморальной системы; гиперпродукция IgG и циркулирующих иммунных комплексов). Мы также выявили понижение активности естественных киллеров – NK-клеток, показателя фагоцитоза и комплементарной активности сыворотки. Роль иммунопатологических реакций

Репозиторий ГрГМУ

является важнейшим нарушением работы системы иммунитета при заболеваниях ОПС, поскольку они непосредственно и в комплексе с воспалительными реакциями повреждают органы и ткани. Отмеченное нами при панкреатитах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки снижение функции Т-супрессоров (Тс) является основным фактором развития иммунопатологических реакций. Это принципиальное положение поставило перед нами задачу поиска новых подходов к иммунокорригирующему лечению вторичных иммунодефицитов при заболеваниях ОПС.

Идеальный иммунокорректор должен восстанавливать работу системы иммунитета. Его действие должно быть направлено в первую очередь на стимуляцию Т-супрессоров, подавляющих развитие иммунопатологического процесса. Здесь мы решили использовать препараты на основе гормонов тимуса (Т-активин, иммуномодулин, тимоптин, синтетический аналог тималина - тимоген). Перечисленные фармпрепараты являются безопасными, апробированы при других заболеваниях и они обладают иммуномодулирующим действием.

Нами были получены положительные результаты лечения у больных с панкреатитами при использовании у них тимогена и тимоптина в сочетании с традиционным лечением; при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при холециститах были апробированы и применены отечественные препараты – иммуномодулин и тимоптин, а также Т-активин.

С помощью указанных средств удавалость значительно усилить работу Т-системы иммунитета (от 32% до 72%), а также нормализовать работу В-звена иммунитета при заболеваниях ОПС. При этом были получены удовлетворительные результаты после использования иммунокорректоров, о чем достоверно свидетельствовали параметры индекса иммунокоррекции, вычисленные нами по специальной формуле [2].

Таким образом, заболевания ОПС характеризуются разнонаправленными изменениями в системе иммунитета, а именно дефицитом клеточного звена и напряжением в функционировании гуморального звена. Апробированные при вышеуказанных патологиях иммунокорректоры обладали эффективностью, иммуномодулирующим и лечебным действием.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Земсков, А.М., Золоедов В.И., Поляков С.Д. Принципы назначения иммунокорригирующих средств / А.М. Земсков, В.И. Золоедов, С.Д. Поляков // Рос. мед. журн. – 1996. – № 6. – С. 44-47.

2. Сулейманов, С.Ф. Иммунологические изменения у больных язвенной болезнью желудка и их коррекция в процессе лечения / С.Ф. Сулейманов // Инф., иммун. и фарм. – 2004. – № 1. – С. 135-137.

3. Филатов, А.В. Панель моноклональных антител против антигенов лимфоцитов человека / А.В. Филатов [и др.] // Экспериментальная онкология. – 1989. – Том 11. – № 2. – С. 28–32.

4. Mancini, G. Immunochemical quantitation of antigens by single radial immunodiffusion / G. Mancini, A.O. Carbonara, J.F. Heremans // Immunochemistry. – 1961. – Vol. 2. – P. 235–254.

СТАТИСТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАПАЗОНОВ ВЫРАЖЕННОСТИ СВОЙСТВА В ШКАЛЕ РАША

Ассанович М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность исследования. Шкалирование по Рашу представляет собой современный способ получения равноинтервальной шкалы измерений психологических переменных (свойств). Способ шкалирования по Рашу был предложен датским математиком Г. Рашем в 1968 году и с тех пор приобрел огромную популярность в психометрическом мире. В настоящее время этот метод так и известен, как «шкалирование по Рашу» или «однопараметрическая модель Раша».

Сущность подхода Раша состоит в итерационной оценке параметров измеряемого психологического свойства и диагностических пунктов теста на основе метода максимального правдоподобия. В результате итерационного оценочного процесса рассчитываются характеристики пунктов диагностической методики, оценки выраженности измеряемого свойства и показатели качества психодиагностической шкалы.

Огромным достоинством шкалирования по Рашу является построение шкалы интервалов, где каждой сырой тестовой оценке соответствует шкальное значение в логитах. Логит представляет собой натуральный логарифм шанса получения ключевых ответов на пункты методики. От известных психометрических шкал шкала логитов Раша отличается тем, что

Репозиторий ГрГМУ

она независима от выборки испытуемых. Созданная на одной выборке, она может эффективно использоваться при исследовании испытуемых из других популяций.

В клинической оценке психопатологических состояний очень важно точно определить уровень выраженности имеющихся клинических проявлений у пациента. Как правило, степень тяжести состояния оценивается «на глаз», субъективно и неточно. Интервальная шкала выраженности свойства, полученная методом Раша, позволяет точно определить оценку выраженности состояния пациента. Однако для практического использования важно выделить диапазоны выраженности психопатологических проявлений, например, такие как «легкий уровень», «средний уровень», «выраженный уровень. В классической психометрии отсутствуют четкие правила выделения таких диапазонов. Часто специалисты определяют их эмпирически без внятного обоснования. Статистический анализ шкалы Раша дает возможность обоснованно выделить диапазоны выраженности оцениваемого свойства.

Цель настоящего исследования состояла в выделении критериев оценки тяжести депрессии при исследовании с помощью Опросника депрессивной симптоматики SR-16.

Материал и методы исследования. Опросник SR-16 включает 16 пунктов, сгруппированных в 9 симптомов депрессии. Каждый пункт имеет 4 категории ответов, ранжированных по степени выраженности симптома. Тестовая оценка получается путем сложения полученных баллов и находится в диапазоне от 0 до 27 баллов.

Объект исследования. Исследованию с помощью SR-16 подверглись 232 пациента с разными формами невротических расстройств.

Результаты исследования. В ходе анализа методом Раша была построена шкала логитов, каждая метка которой монотонически соответствует сырой тестовой оценки. Средняя шкалы равна нулевому логиту, стандартное отклонение равно 1. В психометрии существуют работы, обосновывающие, что расстояние шкалы в одно стандартное отклонение соответствует переходу на новый уровень выраженности свойства. Исходя из этого, середина шкалы, равная «0», соответствует средней

Репозиторий ГрГМУ

степени выраженности депрессии (13 баллов). Метка-1 логит (8 баллов) соответствует умеренно сниженному уровню депрессии, а метка +1 логит (18 баллов) – выраженному уровню депрессии. Данные точечные оценки степеней выраженности депрессии непригодны для практического использования. С целью практического использования нами выделены статистические диапазоны выраженности депрессии при исследовании SR-16. Процедура выделения диапазонов состояла в следующем. Логиты шкалы Раша были конвертированы в соответствующие вероятности получения ключевых ответов на пункты опросника. Например, значение шкалы, равное нулевому логиту, эквивалентно вероятности 0,5 получения ключевых ответов на пункты. Далее для каждой указанной точечной вероятностной оценки были рассчитаны 95% доверительные интервалы. Они и составили статистически обоснованные диапазоны выраженности депрессии. В качестве примера покажем определение диапазона значений для умеренного уровня депрессии. Точечная оценка в логитах равна «0», это соответствует 0,5 вероятности. Доверительными границами этой вероятности являются 0,4 и 0,6. В шкале Раша для опросника SR-16 эти границы соответствуют вероятностям 0,41 и 0,59, в логитах – соответственно – 0,37 и 0,38, а тестовых оценках – 11 и 15 баллов. Таким образом, диапазон значений, соответствующий среднему уровню депрессии составляет от 11 до 15 баллов. Подобным образом были выделены диапазоны значений и для других уровней выраженности депрессии.

Выделение диапазонов выраженности измеряемого свойства в шкале Раша основано на определении доверительных границ для точечных оценок вероятности получения ключевых ответов на пункты теста. Данный принцип может быть использован при шкалировании по Рашу и других клинических опросников и шкал.

Репозиторий ГрГМУ

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА В КРОВИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Байгот С.И., Гук Г.В.***
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»**

Инсулин является важнейшим гормоном, регулирующим углеводный обмен, активирующим синтез белка, усиливающим процессы липогенеза в жировой ткани [2]. Хроническая гастродуоденальная патология оказывает влияние на уровень инсулина в крови. Заболеваемость верхних отделов пищеварительного тракта у детей в настоящее время является одной из актуальных проблем педиатрии, так как в последние десятилетия во всем мире отмечается неуклонный рост хронической гастродуоденальной патологии [1].

Цель исследования - изучить возрастно-половые изменения иммунореактивного инсулина в крови у здоровых детей и с хронической гастродуоденальной патологией.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 302 ребенка в возрасте от 5 до 15 лет, 241 из них страдали хроническими заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (основная группа), 101 здоровый ребенок вошел в контрольную группу.

Возрастно-половой состав основной группы и группы здоровых детей практически не отличался, что позволило проводить сравнительную оценку между ними.

Клинико-инструментальное обследование больных проводили по общепринятым в профилированных гастроэнтерологических отделениях методам.

Определение иммунореактивного инсулина (ИРИ) в крови осуществляли радиоиммунным методом с использованием стандартных наборов.

Результаты исследования. У детей с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) установлена зависимость уровня ИРИ в крови от пола пациентов, что не было характерно для детей контрольной группы. У девочек с ХГДП содержание ИРИ в

Репозиторий ГрГМУ

крови достоверно выше, чем у мальчиков (соответственно 15,2±1,1 мкед/мл и 11,1±0,8 мкед/мл; p<0,01). Среди наблюдаемых нами пациентов с ХГДП, процент девочек со средним и выше среднего физическим развитием был значительно больше, чем среди мальчиков (соответственно 91,2% и 78,8%, p<0,05).

При исследовании гормонального статуса у детей контрольной группы установлено, что содержание ИРИ в крови имело возрастные особенности. Уровень ИРИ в крови у детей 5-8 лет и 12-15 лет был достоверно выше, чем в 9-11 лет (12,1±0,9 мкед/мл и 9,4±0,8 мкед/мл, p<0,05 и 13,8±1,5 мкед/мл, p<0,02). Именно эти возрастные периоды являются периодами наиболее интенсивного роста и физиологической прибавки массы тела. Это, вероятнее всего, связано с тем, что инсулин повышает синтез белка и тем самым оказывает стимулирующее действие на рост, что вместе с усилением процессов липогенеза ведет к увеличению массы тела [3]. Кроме того, пубертатный возраст обычно ассоциирован с падением чувствительности тканей к инсулину [2].

У детей с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем ИРИ и возрастом больных (r=0,315, p<0,02).

Содержание ИРИ в крови у детей основной группы 12-15 лет достоверно было выше, чем у детей 9-11 лет (соответственно 16,3±1,4 мкед/мл и 13,4±2,0 мкед/мл, p<0.02) и не имело существенной разницы с пациентами 5-8 лет.

Концентрация ИРИ в крови у девочек 12-15 лет с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта достоверно была выше, чем в этой же возрастной группе контроля (соответственно 17,5±1,7 мкед/мл и 11,6±1,9 мкед/мл, p<0,05). У мальчиков 5-8 лет с ХГДП уровень ИРИ ниже, чем у здоровых мальчиков этой возрастной группы (соответственно 7,0±1,9 мкед/мл и 16,3±1,9 мкед/мл, p<0,01).

У девочек 5-8 лет с ХГДП уровень ИРИ в крови был значительно выше, чем у мальчиков этой возрастной группы (соответственно14,4±2,4 мкед/мл и 7,0±1,9 мкед/мл, p<0,05). Такая же закономерность была отмечена у девочек 12-15 лет (соответственно 17,5±1,8 мкед/мл и 11,9±0,9 мкед/мл, p<0,01), что, вероятно, связано с их более высоким физическим развитием. Все дети контрольной группы имели среднее

Репозиторий ГрГМУ

физическое развитие. У пациентов 9-11 лет таких особенностей не установлено.

Процент детей с физическим развитием по массе выше среднего, в основном у девочек с ХГДП, в младшей возрастной группе значительно был выше, чем в средней (соответственно 14,8% и 3,4%, $p<0,05$) и в старшей группе сохранялась та же закономерность (соответственно 7,2% и 3,4%, $p>0,05$), что свидетельствует о взаимосвязи уровня ИРИ в крови с их физическим развитием.

Выводы.

1. Уровень иммунореактивного инсулина в крови у здоровых детей и с хронической гастродуоденальной патологией зависит от возраста.

2. Более высокое содержание иммунореактивного инсулина в крови было отмечено у детей 5-8 лет и 12-15 лет как в основной, так и в контрольной группе.

3. Половые отличия инсулинемии в младшей и старшей возрастных группах у пациентов с хронической гастродуоденальной патологией по сравнению с группой здоровых детей обусловлены особенностями их физического развития.

Литература

1. Баранов, А.А. Актуальные проблемы детской гастроэнтерологии / А.А. Баранов, П.Л. Щербаков // Вопросы современной педиатрии. – 2002 – Т. 1, № 1. – С. 12-14.

2. Возрастные гормонально-метаболические нормативы: научно-методические пособия для педиатров и эндокринологов / Под общ. ред. Ю.А. Князева. – М.: Информационно-издательский дом «Филинъ», 1998. – 176 с.

3. Дедов, И.И. Руководство по детской эндокринологии / И.И. Дедов, В.А. Петеркова. - М.: Универсум Паблишинг. 2006. - С. 448-475.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА В КРОВИ

Байгот С.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гастродуоденальная патология является наиболее часто встречаемой среди хронических заболеваний желудочно-

Репозиторий ГрГМУ

кишечного тракта у детей [3].

Анатомо-топографические особенности поджелудочной железы (общность крово-, лимфообращения и нейро-гуморальной регуляции) способствуют неизбежному вовлечению ее в патологический процесс при хронических заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки у детей [1].

Инсулин - белково-пептидный гормон, продуцируемый β-клетками островков Лангерганса поджелудочной железы, является главным липогенетическим гормоном, способствует синтезу триглицеридов в жировой ткани, а также оказывает анаболическое действие (рост и дифференцировка жировой и костной ткани) [2].

В экономически развитых странах 16% детей уже имеют ожирение и 31% входят в группу риска по формированию этой патологии, встречающейся у девочек чаще, чем у мальчиков [3].

Цель исследования – изучить особенности физического развития детей с хронической гастродуоденальной патологией в зависимости от содержания иммунореактивного инсулина в крови.

Материал и методы исследования. Обследован 241 ребенок в возрасте от 5 до 15 лет (девочек - 184, мальчиков - 57) с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице. Оценка физического развития проводилась по центильным таблицам. По физическому развитию все пациенты были разделены на 3 группы. Первую группу составили больные с физическим развитием ниже среднего, вторую - со средним, третью - с физическим развитием выше среднего. В группу сравнения вошел 101 здоровый ребенок со средним физическим развитием.

Определение иммунореактивного инсулина в сыворотке крови осуществляли радиоиммунным методом с использованием стандартных наборов. Содержание глюкозы в крови определяли глюкозооксидазным методом.

Результаты исследования. Среднее физическое развитие по массе тела имели 74,6% больных детей, ниже среднего – 18,3% и выше среднего – 7,1% детей. Все дети группы сравнения имели

Репозиторий ГрГМУ

среднее физическое развитие по массе тела. Среди пациентов с ХГДП выявлено 17 детей (13 девочек и 4 мальчика) с ожирением. Среди наблюдаемых нами детей девочек с избыточной массой тела было значительно больше, чем среди мальчиков (соответственно 76% и 24%).

Установлено, что у детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта имеется положительная корреляционная зависимость между содержанием иммунореактивного инсулина в крови и массой тела ($r=0,178$; $p<0,005$).

Уровень иммунореактивного инсулина в крови у детей с избыточной массой тела достоверно был выше, чем у пациентов с физическим развитием ниже среднего (20,7±2,1 мкед/мл и 13,7±1,7 мкед/мл, $p<0,02$) и средним физическим развитием 13,8±0,8 мкед/мл, $p<0,01$, а также с группой сравнения 15,1±1,0 мкед/мл, $p<0,05$. Не выявлено различий инкреторной функции поджелудочной железы у пациентов 1-й и 2-й групп, а также между 2-й группой и группой сравнения.

Все дети 3-й группы имели избыточную массу тела. Среди пациентов с ХГДП они составили 7,1%. С 1-й степенью ожирения было 9 детей, со 2-й степенью – 8 пациентов.

У пациентов со 2-й степенью ожирения уровень иммунореактивного инсулина значительно был выше, чем с 1-й степенью ожирения (соответственно 25,2±2,6 мкед/мл и 15,4±1,3 мкед/мл, $p<0,02$). Baird J. et al. [4] показали, что при ожирении на адипоцитах и моноцитах присутствует меньше инсулинсвязывающих рецепторов, чем на клетках здоровых особей (без ожирения). Кроме того, гиперинсулинемия усиливает аппетит, приводит к активации липогенеза, что способствует ожирению [2].

Глюкоза является главным стимулятором секреции инсулина. К нарушению гомеостаза глюкозы ведут дефекты на уровне панкреатических β-клеток, клеток печени, мышц, крови, имеющих инсулиновые рецепторы. Важным регулятором количества инсулиновых рецепторов в тканях-мишенях инсулина является сама гормональная концентрация [4]. Уровень глюкозы в крови у больных со средним физическим развитием не отличался от группы сравнения. У детей с ожирением

Репозиторий ГрГМУ

содержание глюкозы в крови достоверно было выше, чем у пациентов с физическим развитием ниже среднего (соответственно 4,9±0,1 ммоль/л и 4,6±0,1 ммоль/л, $p<0,05$). При прогрессивном увеличении массы тела усиливается инсулинорезистентность тканей, что приводит к повышению содержания глюкозы в крови [2, 3]. Не выявлено существенной разницы глюкозы в крови в зависимости от степени ожирения.

Выводы. Таким образом, у детей с хронической гастродуоденальной патологией имеется взаимосвязь между физическим развитием и уровнем иммунореактивного инсулина в крови, особенно массой тела. Гиперинсулинемия отмечается у больных с более высокой степенью ожирения.

Литература

1. Булатов, В.П. Состояние поджелудочной железы у детей с гастродуоденальной патологией: учебно-методическое пособие / В.П. Булатов [и др.]. – Казань, 2007. – 47 с.

2. Дедов, И.И. Руководство по детской эндокринологии / И.И. Дедов, В.А. Петеркова. - М.: Универсум Паблишинг. 2006. - С. 448-475.

3. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 1024 с.

4. Baird, J. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity / J. Baird [et al.] // British Medical Journal. - 2005. – P. 331-339.

ХРОНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Балбатун О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Успешная адаптация к условиям обучения в ВУЗе повышается при соблюдении следующих условий: а) регулярные физические нагрузки; б) правильный режим труда и отдыха в соответствии с индивидуальными биоритмами; в) психологический комфорт во взаимоотношениях в коллективе и семье; г) следование принципам рационального питания. Характер организации суточных (циркадианных) биоритмов студентов относится к базовым физиологическим характеристикам учащихся [1]. Целью данного исследования явился сравнительный анализ результатов определения хронотипа и элементов физиологического портрета студентов,

Репозиторий ГрГМУ

проведенных на кафедре физиологии УО «ГрГМУ» на протяжении пяти лет.

В исследовании приняли участие 591 практически здоровый студент обоего пола 2-6 курсов, в возрасте от 19 до 28 лет. Тип суточной организации биоритмов оценивали с помощью опросника Хорна-Остберга [2] с выделением групп утреннего («жаворонки», n=108), вечернего («совы», n=188) и аритмичного хронотипов («голуби», n=295). Изучались взаимосвязанные с циркадианными биоритмами физиологические параметры: длительность индивидуальной минуты по Моисеевой Н.И., уровень конфликтности и импульсивности по В.В. Бойко (2009 г.); параметры внешнего дыхания, окси-теста и дыхательного паттерна (2010 г.); характер сна согласно Питтсбургского индекса качества сна (2011 г.); личностная ответственность, успеваемость (2012 г.), тонус ВНС (орто-клиностаз, индекс Кердо, рефлекс Геринга и др., 2013 г.). Для статистической обработки использовали пакет STATISTICA. Применялись непараметрические методы, расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена, кластерный анализ методом К-средних.

Ориентировочная частота распределения хронотипов по данным литературы: 15% - утренний тип, 20% - вечерний и 65% - аритмичный [3]. Среди студентов медицинского ВУЗа 18,3% относятся к «жаворонкам», 49,9% - к «голубям» и 31,8% - к «совам». Частота распределения хронотипов по годам исследования представлена в таблице. Обращает на себя внимание некоторое увеличение доли вечернего хронотипа у студентов.

Таблица – Частота распределения хронотипов у студентов медицинского ВУЗа

Группы студентов	Хронотип		
	Утренний «Жаворонки»	Аритмичный «Голуби»	Вечерний «Совы»
2009 г., n=145	19,3%	53,8%	26,9%
2010 г., n=94	19,1%	42,6%	38,3%
2011 г., n=120	15,8%	53,3%	30,8%
2012 г., n=140	20,7%	45,7%	33,6%
2013 г., n=92	15,2%	53,3%	31,5%

Репозиторий ГрГМУ

Разницы в исходном уровне импульсивности у представителей различного хронотипа не было обнаружено. Высокая конфликтность наблюдалась у «жаворонков», а «совы» оказались наиболее конфликтоустойчивыми. Оценка длительности индивидуальной минуты у подавляющего количества студентов (98,2%) соответствовала норме, что указывает на удовлетворительное состояние циркадианных ритмов.

Большинство параметров внешнего дыхания достоверно не отличались в группах с различным хронотипом, что свидетельствует об их значительной устойчивости у здоровых испытуемых. Обнаружено увеличение резервного объема вдоха и жизненной емкости легких у представителей утреннего хронотипа по сравнению с вечерним типом. Наблюдалось значительное увеличение времени восстановления кровотока (достижение насыщения гемоглобина O_2 до уровня, зарегистрированного перед задержкой дыхания в течение 45 с) на участке легкие – ухо у утреннего хронотипа. Вероятно, увеличение времени восстановления у «жаворонков» связано с высокой степенью напряженности функционирования кардиореспираторного аппарата в условиях гипоксической нагрузки. Эти данные согласуются с отмечаемой многими авторами большей вероятностью развития сердечно-сосудистой патологии у утреннего хронотипа [4, 5].

Длительность ночного сна в рабочие дни во время учебного года составила 6 (5-7) часов. В выходные дни и во время каникул длительность ночного сна у студентов значительно возрастала до 9 (9-10) часов ($p<0,05$). Спят днем ежедневно 20% студентов, 1-4 раза в неделю – 70%. Длительность дневного сна составила 50 (24-72) мин. ежедневно. Субъективно испытывают дефицит сна: 18% - постоянно, 42% - часто, 38% - периодически (сессия, зачеты). Жалобы на трудности в засыпании, пробуждение среди ночи или до положенного времени присутствуют у 43% студентов. Только у студентов вечернего хронотипа («совы») обнаружена зависимость между качеством сна, состоянием здоровья и успеваемостью. Студенты вечернего хронотипа, которые не ложились спать в определенное время, имели более низкий средний балл ($R=-0,4039$, $p=0,0452$). При сокращении

Репозиторий ГрГМУ

длительности ночного сна у «сов» наблюдалось увеличение количества жалоб на состояние здоровья (R=-0,4375, p=0,0287).

Характер организации суточных биоритмов и тонус ВНС взаимосвязаны с успеваемостью студентов. При кластеризации выборки методом К-средних высокая успеваемость ассоциировалась с увеличением тонуса парасимпатического отдела ВНС, утренним хронотипом. Кластер с низкой успеваемостью характеризовался повышением тонуса симпатического отдела ВНС, повышением частоты аритмичного и, особенно, вечернего хронотипов.

Результаты исследования позволяют предположить, что при оценке адаптационного потенциала у студентов обязательно следует учитывать характер организации суточных ритмов. Параметры вегетативного тонуса, дыхания, состояние сна и некоторые психологические черты (например, личностная ответственность) взаимосвязаны с хронтипом и успеваемостью. Утренний хронотип характеризуется высокими личностной ответственностью и успеваемостью, повышением тонуса парасимпатического отдела ВНС, низкой длительностью дневного сна, минимальными жалобами на расстройство ночного сна. Вечерний хронотип – низкими личностной ответственностью и успеваемостью, повышением тонуса симпатического отдела ВНС увеличением продолжительности дневного сна и количества жалоб, предъявляемых по поводу качества ночного сна. Студенты с утренним хронотипом более приспособлены к повседневным интенсивным нагрузкам и обучению в университете по сравнению с таковыми с вечерним хронотипом. Путем несложного тестирования можно определить характер суточной организации ритмов у студентов и проводить целенаправленно профилактические мероприятия по улучшению качества сна и повышению учебного потенциала. Наиболее актуально адекватное приспособление суточных ритмов к учебным нагрузкам у студентов вечернего хронотипа.

Литература

1. Комаров, Ф.И. Хронобиология и хрономедицина / Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт. – М.: Триада-Х, 2000. – 488 с.

2. Horne, J.A. A self-assessment questionnaire to determine morningnesseveningness in human circadian rhythms / J.F. Horne , O. Ostberg // Int. J. Chronobiol. – 1976. – Vol. 4. – P. 97–102.

Репозиторий ГрГМУ

3. Балбатун, О.А. Методы диагностики и значение хронотипов человека / О.А. Балбатун // Медицинские знания. - 2011. - № 1.- С. 24-26.

4. Fujino, Y. A prospective cohort study of shift work and risk of ischemic heart disease in Japanese male workers / Y. Fujino, H. Iso, A. Tamakoshi et al. // Am. J. Epidemiol. – 2006. – Vol. 164, № 2. – P. 128-135.

5. Arendt, J. Shift work: coping with the biological clock / J. Arendt // Occupational Medicine. - 2012. – Vol. 60, № 1. - P. 10-20.

РАБОТА НАД НОВОЙ ЛЕКСИКОЙ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО

Барановская А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Наряду со многими основообразующими аспектами в сфере обучения русскому языку как иностранному, овладение лексической базой является одним из приоритетных моментов.

Основная цель работы над лексикой на начальном этапе – это формирование словаря, который необходим для общения как в учебной, так и в обиходно-бытовой сфере, а также для усвоения грамматики.

Можно выделить следующие этапы работы для усвоения учащимися новой лексики: введение новых лексических единиц; закрепление лексического материала; повторение лексики ранее изученной, контроль.

Формированию говорения способствует постоянная запись речевого материала на слух. Учащиеся должны сначала слышать слово, осознать его состав (место ударения, трудные звуки), особенность его написания (соотношение звучания и написания), произнести, прочитать и написать новые слова самостоятельно, выполнить упражнения с употреблением новых слов, чтобы они могли видеть новую лексическую единицу в сочетании с другими словами в составе предложения. После окончания объяснения преподавателю нужно убедиться, правильно ли учащиеся поняли слово. Лексические упражнения, которые могут быть использованы для проверки, можно выполнять письменно или устно: письменные упражнения – в аудитории и дома, а устные – в аудитории, под контролем преподавателя.

Важным моментом введения новой лексики является

Репозиторий ГрГМУ

объяснение значений новых, неизвестных учащимся слов, т.е. семантизация.

Семантизация новых слов происходит всеми возможными способами: через перевод, при помощи наглядности, контекста, синонимов и антонимов, используя однокоренные слова, описание.

Перевод – это самый быстрый и эффективный способ объяснения новой лексики. Перевод можно давать в виде краткой ремарки, после предъявления предложения на русском языке с новым словом. Перевод может применяться только там, где невозможен другой способ семантизации. Он не должен становиться самоцелью, занимая слишком много времени на уроке, особенно если урок – единственная возможность слушать русскую речь.

Семантизация с помощью наглядности используется по отношению к словам с предметным значением, словам, которые обозначают цвета, геометрические формы, некоторые пространственные понятия. В учебниках русского языка есть иллюстрации ситуаций, которые раскрывают значения слов. Кроме того, можно использовать газеты, журналы, открытки, фотографии.

Но вместе с тем, нужно иметь в виду некоторые особенности наглядности. Так, при семантизации слова *завтракать* нельзя использовать картинку, где сидит человек и ест. Изображенное действие можно отнести к различным лексемам (есть, обедать, ужинать). Картинка должна четко показывать, что действие происходит утром.

Семантизация с помощью синонимов и антонимов применяется в том случае, если учащимся известен синоним или антоним вводимого слова (маленький – небольшой, легкий – нетрудный, хороший – плохой).

Используя однокоренные слова, можно показать словообразовательные связи (дружить – дружба, читать – читатель, писать – письмо). Описание значения имеет форму толкования с помощью словосочетаний, логической дефиниции, комментария. Толкование может осуществляться с помощью простого и сложного словосочетания (пища – то, что едят). Логическая дефиниция применяется для семантизации лексики,

Репозиторий ГрГМУ

которая обозначает научные понятия и термины.

Семантизация возможна и с помощью контекста. Контекст помогает учащимся самим догадаться о значении слова (но догадка по контексту не всегда помогает точно понять вводимое слово). В некоторых случаях можно дать учащимся задание самостоятельно познакомиться с новым словом и определить его значение по словарю, чтобы они учились пользоваться словарями.

Данные способы семантизации не используются отдельно. Обычно они комбинируются и дополняют друг друга.

Работа над лексикой имеет большое значение на всех этапах обучения русскому языку как иностранному, потому что без овладения словарным запасом невозможно ни понимание речи других людей, ни выражение собственных мыслей.

Литература

1. Дергачева, Г.И. Методика преподавания русского языка как иностранного на начальном этапе / Г.И. Дергачева. – М.: Русский язык, 1986. – 239 с.

2. Вятютнев, М.Н. Обучение иностранному языку в начальной школе / М.Н. Вятютнев. – Иностранные языки в школе. – 1990. – № 3. – 43 с.

3. Кувшинкин, В.И. Методика обучения иностранному языку в начальной школе / В.И. Кувшинкин. – М.: Просвещение, 2000. – 250 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Батаев С.А., Жандаров К.Н.**, Мицкевич В.А.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»**

По мнению ведущих колопроктологов мира, в последнее десятилетие всё больше и больше пациентов обращаются к специалистам с клиническими проявлениями пролапса тазовых органов (ПТО). Последний включает в себя целый ряд патологических состояний органов и тканей малого таза и промежности, разнообразное симптоматическое проявление которых зачастую значительно затрудняет постановку правильного диагноза и ввиду этого выбор рационального хирургического метода коррекции. [1, 2, 3, 4]. Такие пациенты одинаково часто оказываются на операционном столе как

Репозиторий ГрГМУ

хирургов проктологов, так и урологов и гинекологов. И зачастую решающим фактором в этом является не преобладание той или иной клинической картины, а место первого обращения и выявление симптомов пролапса. [2, 4].

И если же диагностика многих проявлений ПТО, таких, например, как выпадение матки, влагалища, прямой кишки, цисто- и ректоцеле, на первый взгляд не представляет труда даже при обычном осмотре, то такие, как внутренняя инвагинация прямой кишки, избыточная складчатость её слизистой, десценция тазового дна, заднее ректоцеле и т.д., порой диагностически трудны даже для «универсальных» инструментальных методов. И порой пренебрежение ими может пагубно сказаться на выбранном методе хирургического лечения [1, 2].

Цель. Оценка информативности методов диагностики различных форм пролапса тазовых органов и попытка разработки диагностического алгоритма что может помочь в выборе оптимального метода хирургической коррекции.

Материал и методы. За период времени с сентября 2010 года по апрель 2013 года на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» были обследованы пациенты с различными видами пролапса тазовых органов.

Предварительная диагностика симптомов ПТО проводилась на основании жалоб, анамнеза заболевания и клинического обследования, в то время как более подробная детализация диагноза, например, степень ректоцеле, наличие внутренней инвагинации и опущения тазового дна объективно подтверждалось Ректероманоскопией, УЗИ и рентгенологическим исследованием прямой кишки (модифицированной дефекографией), при котором оценивались следующие параметры: положение аноректальной зоны в покое, при волевом сокращении и натуживании относительно лобково-копчиковой линии; степень опущения тазового дна; форма прямой кишки, наличие переднего и заднего ректоцеле, внутренней инвагинации, избыточной складчатости и подвижности слизистой оболочки прямой кишки; выраженность пуборектального вдавления по задней стенке прямой кишки в покое, при волевом сокращении и натуживании. В некоторых случаях дополнительно выполнялись снимки для оценки

Репозиторий ГрГМУ

эвакуаторной функции прямой кишки (остаточный объем и время опорожнения).

Полученные данные сравнивались с нормальными показателями рентгенологической анатомии промежности и прямой кишки. Рентгенологическими критериями определения степени переднего ректоцеле являлись размеры выпячивания стенки прямой кишки: 1 степень – менее 2 см, 2 степень – 2-4 см, 3 степень заболевания – более 4 см. У всех пациентов выявлено выпячивание стенки прямой кишки во влагалище, при этом размеры выпячивания составляли от 2,2 см до 8,0 см. Это сравнивалось с данными объективного осмотра. Наряду с размерами переднего ректоцеле при дефекографии оценивались и другие параметры.

Так же пациентам выполнялось УЗИ исследование промежностное, трансректальное и трансвагинальное с целью визуализации характерного выпячивания стенки прямой кишки при ректоцеле, оценки состояния кишечной стенки и ректовагинальной перегородки, состоятельности и степени расхождения мышцы, поднимающей задний проход.

Учитывались следующие параметры: толщина стенки прямой кишки, толщина и расхождение мышцы, поднимающей задний проход, толщина ректовагинальной перегородки, размер выпячивания прямой кишки в преддверие влагалища, избыточная складчатость слизистой оболочки прямой кишки и инвагинация при натуживании.

Результаты. При предварительной оценке результатов исследований пациентов в дооперационном периоде выявлено наличие внутренней инвагинации прямой кишки у 30% пациентов с ректоцеле II степени и практически в 50% пациентов с ректоцеле III степени. После коррекции ПТО методом лапароскопической ректокольпосакропексии внутренняя инвагинация ликвидировалась в 100% случаев, а по данным как УЗИ, так и модифицированной проктографии, уменьшились размеры выпячивания. Так же отмечено и некоторое утолщение ректовагинальной перегородки после операции по УЗИ.

Выводы. Анализируя предварительные результаты исследований пациентов, страдающих различными видами пролапса тазовых органов, установлено, что использование

Репозиторий ГрГМУ

модифицированного метода проктографии (дефекографии) и УЗИ весьма информативно и вполне достаточно для объективизации диагноза, и вместе с модифицированными опросниками оценки качества жизни и физического здоровья может применяться для оценки результатов хирургического лечения.

Литература

1. Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., ГЭОТАР-Медиа, - 2009. - С. 10-14.
2. Радзинский В.Е., Перинеология РУДН. Москва, 2010. - С. 10-12.
3. Antiphon P., Elard S., Benyoussef A., Fofana M., Yiou R., Gettman M.et al. Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, rectovaginal, mesh mandatory? Eur. Urol., 2004; 45: 655-661.
4. Barthet M., Portier F., Heyries L., Orsoni P., Bouvier M., Houtin D., Barriere N., Salducci J., Grimaud J.C. Dynamic anal endosonography may challenge defecography for assessing dynamic anorectal disorders: results of a prospective pilot study. Endoscopy, 2000; 32: 300-305.

ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА

Батуревич Л.В.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Изменения ферментативных и метаболических процессов при сформировавшемся ожирении в настоящее время достаточно хорошо изучены. Изменения же в метаболических процессах на начальных этапах формирования избыточной массы тела изучены слабо.

В последние 100 лет наблюдается рост количества лиц, страдающих ожирением, что совпало с научно-техническим прогрессом и связанными с ним экологическими изменениями в окружающей среде. Экологические факторы, в том числе и содержание микроэлементов в организме человека, влияют на ферментативные процессы. Изменения в концентрациях эссенциальных и токсических элементов на начальных этапах формирования избыточной массы тела является мало изученным и перспективным направлением в изучении данной патологии.

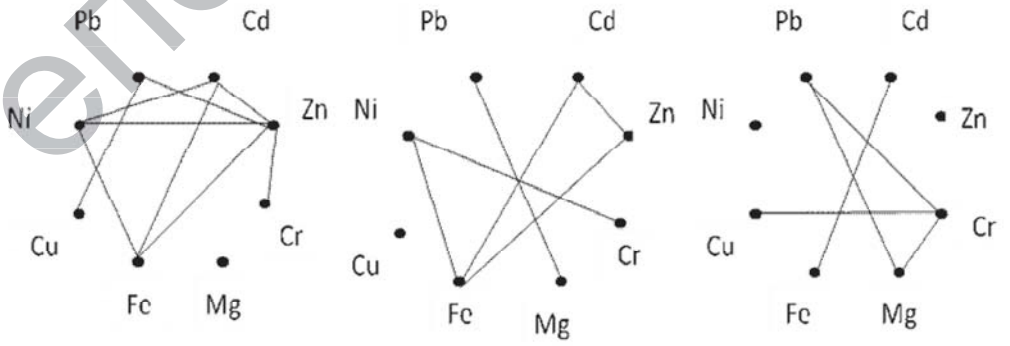
Цель исследования: определить концентрацию микроэлементов в организме у женщин детородного возраста на ранних этапах формирования ожирения.

Репозиторий ГрГМУ

Материал и методы исследования. В течение 2006–2008 гг. было обследовано 100 практически здоровых без анамнестических и клинических признаков патологии женщин в возрасте 25–35 лет, проживающих в г. Минске с ИМТ 18,5–34,9 кг/м^2. У пациенток исследовался микроэлементный состав волос головы и цельной крови. Анализ микроэлементного состава (Zn, Cu, Mg, Fe, Cd, Cr, Ni и Pb) проводился методом атомно-абсорбционной спектрометрии на базе ЦНИЛ БелМАПО. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы по обработке данных Statistic for Windows-6,0. При анализе связей между биоэлементами использовалась теория граф.

Результаты исследования. Изменения в спектре химических элементов при нарастании массы тела возникают уже на стадии предожирения. В волосах женщин с избыточной массой тела были выявлены пониженные концентрации Ni по сравнению с аналогичным лабораторным показателем у женщин, имеющих нормальную массу тела. В крови женщин с ожирением 1 степени уровни Cr и Cu понижены по сравнению с показателями концентрации этих микроэлементов у женщин с нормальной массой тела. Снижение же концентрации Cu в крови выявляется уже на стадии предожирения.

С увеличением массы тела меняется число, качество и, главное, характер корреляционных взаимосвязей между исследуемыми микроэлементами. Полученные данные позволяют судить о дисадаптационном характере перестроек в обмене химических элементов у женщин детородного возраста уже на стадии предожирения.

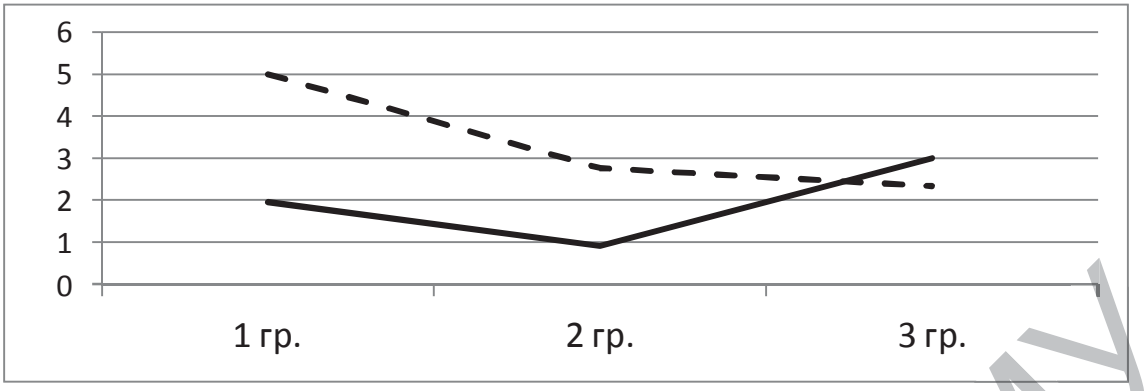


ИМТ=18,5–24,9 кг/м^2 ИМТ=25–29,9 кг/м^2 ИМТ=30–34,9 кг/м2

— – корреляционная связь

Рисунок 1 - Структура корреляционных связей между показателями содержания химических элементов в волосах у женщин с различной массой тела.

Репозиторий ГрГМУ



▬▬ – вес корреляционного графа между показателями содержания химических элементов цельной крови; ▬ ▬ – вес корреляционного графа между показателями содержания химических элементов в волосах

Рисунок 2 - Изменение величины графа при определении корреляционных связей между показателями содержания химических элементов в группах женщин с различной массой тела.

Выводы.

1. У женщин детородного возраста с избыточной массой тела происходят изменения соотношений и количественных содержаний Ni, Cr, Cu в волосах и цельной крови.

2. Научно обосновано дальнейшее исследование содержания химических элементов у женщин на ранних стадиях формирования ожирения с целью выявления роли в патогенезе ожирения и возможной коррекции дисэлементозов.

Литература

1. Динамика корреляций между физиологическими параметрами при адаптации и экологоэвалюционные принципы полифакториальностити /А.Н. Горбань [и др.] // Проблемы экологического мониторинга и моделирования экосистем.– Гидрометеоиздат. – Л., 1987. – Т.10. – С. 187–198.

2. Иммунофармакология микроэлементов /А.В. Кудрин [и др.]. – Изд. КМК. - Москва, 2000. – 537 с.

3. Ожирение, или синдром избыточной массы тела / В.И. Шутова, Л.И. Данилова // Медицинские новости. – 2004. – № 7. – С. 41–47.

4. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – Медицина. – М., 1997. – 236 с.

Репозиторий ГрГМУ

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ДЕТЕЙ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО КОЖВЕНДИСПАНСЕРА

Бедин П.Г., Ровбуть Т.И.*, Пшебылинская Т.А.**, Кужко С.Н.***, Дудик А.А.****

УО «Гродненский государственный медицинский университет»*
Брестский областной кожно-венерологический диспансер**
УЗ «Брестская детская областная больница***

Атопический дерматит (АД) – мультифакториальное заболевание, начинающееся, как правило, в детском возрасте, причиняющее значительные неудобства не только самому больному, но и членам его семьи. Известно, что заболеваемость АД коррелирует с возрастом, наследственностью, социальными и бытовыми условиями, экологической обстановкой [5, 4, 2]. В результате крупнейшего исследования ISAAC была продемонстрирована крайняя географическая неоднородность распространённости симптомов аллергических заболеваний, в том числе и АД [1]. Поэтому публикация данных о заболеваемости детей Брестской области АД представляет определённый интерес, что и определило цель нашей работы: изучить заболеваемость детского населения Брестской области атопическим дерматитом (АД) и определить её место в структуре заболеваемости кожными болезнями.

Материал и методы исследования. Данные получены из формы № 1 – дети. Данная форма представляет собой годовой отчёт районных организаций здравоохранения, представленных в организационно-методический отдел областной организации здравоохранения. Обработка данных проводилась в пакете программ Microsoft Excel 2007. Расчёт показателей проводился по общеизвестным формулам [3].

Результат иисследования. Для вычисления показателя заболеваемости необходимо знать численность детского населения. Данные о среднегодовой численности детского населения представлены в таблице 1.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 1 - Среднегодовая численность детского населения

Возраст	0-1 год	1-4 года	5-9 лет	10-14 лет	15-18 лет	Всего
n, чел.	15756	59472	77998	86395,5	62016,5	301642

Количество зарегистрированных случаев АД в ОКВД представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Количество зарегистрированных случаев АД

Возраст, лет	Количество случаев	
	Впервые	Всего
до 1 года	13	13
1-4	71	108
5-9	75	130
10-14	62	128
15-18	32	137
0-18	253	516

Заболеваемость АД по данным ОКВД в 2008 году отражена в таблице 3.

Таблица 3 - Повозрастная заболеваемость АД

Возраст, лет	Заболеваемость, %	
	первичная	общая
до 1 года	0,8	0,8
1-4	1,1	1,8
5-9	0,9	1,6
10-14	0,7	1,4
15-18	0,5	2,2
0-18	0,8	1,7

Повозрастная заболеваемость кожными болезнями (класс L по МКБ 10) представлена в таблице 4.

Таблица 4 - Повозрастная заболеваемость кожными болезнями

Возраст, лет	Заболеваемость, %	
	первичная	общая
до 1 года	11,1	11,1
1-4	18,1	19,3
5-9	12,3	13,6
10-14	10,9	12,6
15-18	13,5	17,4
0-18	13,2	15,1

Репозиторий ГрГМУ

Доля в заболеваемости кожными заболеваниями АД представлена в таблице 5.

Таблица 5 - Вклад АД (%) в заболеваемость кожными заболеваниями

Возраст, лет	Доля АД в структуре заболеваемости, %	
	первичная	общая
до 1 года	7,2	7,2
1-4	6,0	9,3
5-9	7,3	11,7
10-14	6,4	11,1
15-18	3,7	12,6
0-18	6,0	11,2

Выводы. АД вносит значительный вклад в структуру заболеваемости болезнями кожи, оставаясь широко распространённой патологией.

Литература

1. Beasley, R. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC / R. Beasley // The Lancet. – 1998. – Vol. 351, № 9111. – P. 1225-1232.

2. Prevalence of allergic diseases in children's population / N. Adamia [et al.] // Аллергология и иммунология. – 2012. – Т. 13, № 3. – С. 215-220.

3. Вальчук, Э.А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в учреждениях здравоохранения / Э.А. Вальчук, Н.И. Гулицкая, Ф.П. Царук. – Минск : БЕЛМАПО, 2006. – 446 с.

4. Дыбунова, Е.Л. Распространённость аллергических заболеваний у детей, проживающих в различных эколого-географических районах / Е.Л. Дыбунова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т. 6, № 4. – С. 12-16.

5. Федорцив, О.Е. Распространённость аллергических заболеваний среди детей Тернопольской области / О.Е. Федорцив, Ян Зейда, Н.Ю. Лучишин // Экология и здоровье детей: Международный науч. семинар Гродно, Беларусь (17-21 ноября 2011 г.). – Гродно, 2011. – С. 45.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Белоус П.В., Богданович И.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет «

Актуальность. Из всех элементов печеночно-двенадцатиперстной связки наиболее вариабельной является анатомия сосудов, обеспечивающих артериальное

Репозиторий ГрГМУ

кровоснабжение правой и левой долей печени [1]. Знание конкретных анатомических вариантов сосудистых структур гепато-дуоденальной связки является принципиальным при выполнении разных оперативных вмешательств на этой области [2].

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих печень.

Материал и методы исследования. Для достижения данной цели было произведено анатомическое препарирование 85 органокомплексов человека обоего пола в возрасте от 45 до 60 лет, полученных из УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в соответствии с Законом Республики Беларусь № 55-З от 12.11.2001 г. «О погребальном и похоронном деле».

Результаты исследования. В результате исследования вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих правую долю печени, получены данные, показывающие, что в 64 случаях (75,3%) местом отхождения правой долевой печеночной артерии является собственная печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки. Этот вариант отхождения правой долевой печеночной артерии является классическим. При варианте кровоснабжения правой доли от правой долевой артерии, исходящей из собственной печеночной артерии, выявлены и иные варианты места исхода правой долевой артерии. В 7 случаях (8,3%) правая долевая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственная печеночная артерия). В 14 случаях (16,4%) правая долевая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея высокое расположение (длинная собственная печеночная артерия). Выявлены также и случаи, когда правая долевая печеночная артерия берет свое начало не от общей печеночной артерии, а от верхней брыжеечной артерии, чревного ствола или аорты. Такие варианты встретились в 3 случаях (3,5%). Достаточно важным, на наш взгляд, является выявление относительно распространенного варианта кровоснабжения правой доли печени за счет двух артериальных сосудов. В данном случае, помимо наличия правой

Репозиторий ГрГМУ

долевой артерии, выявляется дополнительный артериальный сосуд, идущий в правую долю печени. Такой вариант кровоснабжения правой доли печени определен в 14 (16,5%) случаях. Наиболее часто (12 случаев (87,5%)) источником дополнительной артерии к правой доле печени является верхняя брыжеечная артерии, в 2 случаях (12,5%) - аорта. При этом в различных ситуациях пузырная артерия имела начало либо от обеих артерий, кровоснабжающих правую долю печени, либо только от дополнительной ветви.

В результате исследования вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих левую долю печени, получены данные, показывающие, что в 63 случаях (74,1%) местом отхождения левой долевой печеночной артерии является собственная печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки. Этот вариант отхождения левой долевой печеночной артерии является классическим. При варианте кровоснабжения левой доли печени от левой долевой артерии, исходящей из собственной печеночной артерии, выявлены и иные варианты места исхода левой долевой артерии. В 8 случаях (9,4%) левая долевая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственная печеночная артерия). В 14 случаях (16,5%) левая долевая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея высокое расположение (длинная собственная печеночная артерия). Выявлены также и случаи, когда левая долевая печеночная артерия берет свое начало не от общей печеночной артерии, а от левой желудочной или общей печеночной артерии. Такой вариант встретился в 6 случаях (7%). Достаточно важным, на наш взгляд, является выявление варианта кровоснабжения левой доли печени за счет двух артериальных сосудов. В данном случае, помимо наличия левой долевой артерии, выявляется дополнительный артериальный сосуд, идущий в левую долю печени. Такой вариант кровоснабжения левой доли печени определен в 2 (2,3%) случаях. В таких случаях дополнительная артерия к левой доле печени исходила либо из общей печеночной артерии, либо из левой желудочной артерии.

Выводы. Представленная вариабельность правой и левой долевых печеночных артерии имеет важное значение при

Репозиторий ГрГМУ

проведении манипуляций в области гепато-дуоденальной связки, т.к. не учтенная дополнительная ветвь или атипичное расположение печеночных артерии может стать причиной серьезных осложнений, грозящих массивной кровопотерей и развитием осложнений в послеоперационном периоде. Кроме того, сохранение дополнительной артерии, кровоснабжающей правую или левую долю печени, является серьезной задачей при заборе трансплантата для последующей пересадки. Также точное знание вариантной анатомии сосудов, кровоснабжающих печень, чрезвычайно важно при проведении оперативных вмешательств на желчевыводящих путях и желчном пузыре.

Литература

1. Профилактика, диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчных путей при лапароскопической холецистэктомии / А.Н. Тарасов [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т. 1. – С. 301.

2. Johnston, E.V. Variations in the formation and vascular relationship of the bile ducts / E.V. Johnston, B.J. Anson // Surg. Gynecol. Obstet. – 1952. – Vol. 94. – P. 669-686.

АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Белюк К.С., Жандаров К.Н., Русин И.В., Кулага А.В., Вихарев А.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Неуклонный рост желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений ставит проблему лечения данной патологи в число актуальных и значимых [1].

Цель исследования. Показать возможность и преимущества одномоментной коррекции холедохолитиаза и стеноза большого дуоденального сосочка с использованием антеградной папиллосфинктеротомии.

Материал и методы исследования. На базе Гродненской областной клинической больницы за период с 2002 по сентябрь 2012 гг. проведено хирургическое лечение 582 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и механической желтухой. Эндоскопическая

Репозиторий ГрГМУ

папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 160 пациентам. В случае невозможности ликвидации холедохолитиаза с помощью ЭПСТ проводились одноэтапные оперативные вмешательства. 212 больным для коррекции стеноза терминального отдела ОЖП была выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеротомиия (ТрДПСфТ). У 35 пациентов стеноз терминального отдела холедоха был устранен с помощью антеградной папиллосфинктеротомии (АПСфТ) по разработанной в клинике методике.

АПСфТ выполнялась следующим образом: через холедохотомическое отверстие производилась фиброхоледохоскопия (фиброхоледохоскоп фирмы "Olimpus"), холедохолитотомия. Затем через операционный канал холедохоскопа вводился стандартный папиллотом. Прицеливание папиллотома осуществлялось в просвете холедоха согласно меткам на холедохоскопе в положении, соответствующем 3 -5 часам поля зрения, что соответствует 10-12 часам поля зрения фиброгастродуоденоскопа. Затем папиллотом проводился в 12-перстную кишку, где его режущая струна устанавливалась в рабочем положении согласно меткам на проксимальной части стандартного папиллотома, последний подключался к диатермокоагулятору, после чего выполнялась папиллосфинктеротомия. Недостатками данного способа являются технические трудности, связанные с установлением режущей струны папиллотома в нужном положении при вклиненном в БДС конкременте, а также риск развития кровотечения из зоны папиллосфинктеротомии при недостаточной диатермокоагуляции тканей. В свою очередь, избыточная диатермокоагуляция может привести к выраженному отеку БДС и, в последующем к развитию острого панкреатита.

С целью устранения имеющихся недостатков для выполнения АПСфТ в 2011 был использован лазерный хирургический комплекс: через операционный канал холедохоскопа был введен гибкий световод диаметром 0,3 мм и под контролем фиброхоледохоскопии с помощью лазерного хирургического комплекса «Лазурит» с частотой 10 Гц, 100 Вт, излучением 0,54/1,08 мкм произведена контактная лазерная литотрипсия, после чего была выполнена антеградная лазерная

Репозиторий ГрГМУ

папиллосфинктеротомия с использованием лазерного излучения с длиной волны 1,064 мкм, с частотой импульсно-периодического тока 100 Гц, 30 Вт длиной до 1,5 см. Части конкремента с помощью холедохоскопа удалены в просвет 12 перстной кишки.

Результаты исследования. После ТрДПСфТ осложнения в виде подтекания желчи по страховочному дренажу выявлены у 5 больных. Кровотечения из места рассечения большого дуоденального сосочка наблюдались у 4 пациентов. Признаки микронесостоятельности шва дуоденотомического отверстия отмечены в 2 случаях. Клиника острого панкреатита развилась у 2 больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и сопутствующей патологии умерло 3 пациента.

После ЭПСТ у 4 больных развилась клиника острого панкреатита.

После АПСфТ осложнений отмечено не было. При применении лазерного излучения для выполнения АПСфТ выявлены следующие преимущества:

1. Повышение эффективности за счет возможности выполнения контактной лазерной литотрипсии перед или после папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов в двенадцатиперстную кишку.

2. Более локальное и визуально контролируемое воздействие на ткань БДС лазерного излучения позволяет достигнуть адекватный коагуляционный эффект при минимальном повреждении окружающих тканей.

3. Использование лазерного излучения позволяет избежать задымления в зоне воздействия, что позволяет под хорошим визуальным контролем выполнить папиллосфинктеротомию без технических трудностей, связанных с установлением режущей струны папиллотома в нужном положении.

При невозможности ликвидации холедохолитиаза и стеноза терминального отдела ОЖП с помощью ЭПСТ использование АПСфТ позволяет скоррегировать проходимость внепеченочных желчных протоков без вскрытия двенадцатиперстной кишки с адекватным восстановлением оттока желчи, заметно сократить количество осложнений. Одновременное применение лазерной интрахоледохеальной литотрипсии и АПСфТ, при

Репозиторий ГрГМУ

соответствующих для этого показаниях, более предпочтительно, чем использование для АПСфТ диатермокоагуляции.

Литература

1. Эндоскопическая хирургии желчнокаменной болезни / П.В. Гарелик [и др.]. – Москва: БИНОМ, 2010. – 472 с.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

*Бердовская А.Н., Леошко К.В., Алексеюк М.В., Вишнеревская О.Л.**
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»*

Нарушения ритма у детей обусловлены многофакторными причинами кардиального, экстракардиального или смешанного характера. В 32-47% случаев нарушения ритма связаны с функциональными причинами и их генез обусловлен поражением центральной и вегетативной нервной системы в результате неблагоприятного течения беременности и родов, внутриутробной гипоксии и внутричерепной родовой травмы. Наиболее уязвимым звеном в случае гипоксии мозга при судорожном синдроме у детей является система кровообращения, когда нарушается клеточный метаболизм, ионный баланс, энергетический обмен с последующим изменением электрофизиологических свойств миокарда.

Цель исследования: выявить изменения на ЭКГ у детей, госпитализированных в неврологическое отделение по поводу судорожного синдрома.

Предметом исследования явились 98 детей в возрасте от 2 до 17 лет, поступившие в неврологическое отделение по поводу судорожного синдрома. Всем детям выполнено общеклиническое обследование, включающее общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, электроэнцефалограмму.

У матерей пациентов отмечались аллергические заболевания (4%), заболевания сердечно-сосудистой системы (11%), 5% имели судорожный синдром в анамнезе. Неблагоприятное течение беременности в виде гестоза

Репозиторий ГрГМУ

наблюдалось у 25% матерей, у 11% беременность сопровождалась многоводием, 2 матерей являлись носителями HCV антигена. Основная масса (63%) детей рождены от 2 и последующей беременности. 74% детей родились через естественные родовые пути, из них с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов – 88%. 9% пациентов родились недоношенными в сроке гестации 28-34 недели и находились на выхаживании в отделении новорожденных и недоношенных с диагнозами: энцефалопатия – 13%, врожденная инфекция - 34%, нарушение периода адаптации 33%. Вес детей составил 3200±800 г, рост 52±5 см (минимальный – 900 г, максимальный 4500 г).

У 54% судорожный синдром выявлен впервые и проявился в виде тонико-клонических (45%) и тонических (55%) судорог. Изменения на ЭЭГ наблюдались у 57% пациентов в виде нарушения электрической активности головного мозга: у 21% – снижение порога судорожной активной активности, у 11% – эпилептиформная активность, 17% – диффузные изменения на фоновой ЭЭГ.

В 5% случаев у детей с судорожным синдромом не выявлены изменения на ЭКГ. У детей с судорожным синдромом отмечались следующие изменения на ЭКГ. Изменение автоматизма синусового узла в виде синусовой тахикардии (31%), синусовой брадикардии (13%). В 21% случаев отмечались нарушения процессов реполяризации, возбудимости в виде наджелудочковой (22%) и желудочковой (2%) экстрасистолии, нарушение проводимости в виде СА блокады (4%), атриовентрикулярной блокады 1 (2%) и второй степени (1%) полная блокада правой ножки пучка Гисса (3%), синдром укороченного интервала PQ (7%), синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (2%).

На рентгенографии грудной клетки 23% тимомегалия, увеличение кардиоторакального индекса (5%). Ультразвуковое исследование сердца проведено 45% детей. Выявлены малые аномалии развития сердца в виде аномальных хорд левого желудочка (95%), пролапса митрального клапана (6%).

Таким образом, на фоне гипоксии головного мозга при судорожном синдроме у детей наблюдаются нарушения автоматизма, проводимости и возбудимости сердца.

Репозиторий ГГМУ

Литература

1. Критические врожденные пороки сердца периода новорожденности / Л.А. Бокерия [и др.] // Дет. болезни сердца и сосудов. – 2004. – N 2. – С. 48–50.

2. Беляева, Л.М. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков / Л.М. Беляева, Е.К. Хрусталева // Минск: Вышэйшая школа. - 1999. – С. 300.

3. Сурапова, О.Г. Врожденные пороки сердца с обеденным легочным кровотоком у плода / О.Г. Сурапова, Е.Д. Беспалова // Дет. болезни сердца и сосудов. – 2006. – № 6. – С. 36–41.

4. Хоффман, Дж. Детская кардиология / Дж. Хоффман // М., Практика. – 2006. – С. 114–296.

5. Врожденные пороки сердца: руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А.С. Шарыкин. – М: Теремок. - 2005. – 384 с.

СПЕКТР МУТАЦИЙ В ГЕНЕ GJB2 У БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТУГОУХОСТЬЮ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НАРУШЕНИЯ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Близнец Е.А.[1], Марцуль Д.Н.[2], Хоров О.Г.[3], Маркова Т.Г.[4], Поляков А.В.[1]

ФГБУ «Медико-Генетический Научный Центр» Российской Академии Медицинских Наук[1], Москва

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[3]

ФГБУН «Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования Федерального медико-биологического агентства»[4], Москва

Актуальность. За последние 15 лет, с тех пор, как впервые были выявлены мутации в гене коннексина 26, поиск мутаций в гене GJB2 стал обязательным исследованием, назначаемым при врожденной двусторонней сенсоневральной тугоухости в большинстве стран мира. Это связано с тем, что данное сравнительно простое и недорогое исследование в случае выявления молекулярного дефекта позволяет установить истинную причину нарушения слуха и точно спрогнозировать течение заболевания, выбрать правильную тактику лечения, оценить риск повторения заболевания в семье. В качестве преимуществ подобного скрининга, помимо того, что молекулярное исследование сразу дает знания об этиологии

Репозиторий ГрГМУ

нарушения слуха у младенца и рисках повторения заболевания в семье и у родственников, авторы отметили случаи выявления детей с патологическим генотипом, не обнаруженные при проведении аудиологического исследования. Это возможно, например, при легкой и средней степени тугоухости; нарушение слуха у таких детей может не регистрироваться на момент рождения, а иногда и в первые дни и месяцы жизни ребенка [1, 2, 3].

Цель исследования. Изучить спектр мутаций в гене GJB2 у белорусских пациентов с тугоухостью. Провести пилотный генетический скрининг нарушений слуха у новорожденных в Гродненской области.

Материалы исследования. Генетическое исследование проведено 119 жителям Гродненской области Республики Белорусь в возрасте от 1 года до 22 лет с прелингвальной несиндромальной двусторонней сенсоневральной тугоухостью I-IV степени (ВОЗ) или глухотой (возраст постановки диагноза – от нескольких дней до 7 лет). Таким образом, число исследованных в данной работе пациентов составило 84% от всех состоящих на учете в сурдологическом кабинете областной консультативной поликлиники. Выборка включала 111 неродственных пробандов и 8 их сибсов. Среди них выявлены 25 семейных случаев заболевания, для большинства пробандов (86 человек) тип наследования тугоухости не установлен (спорадические случаи). В результате молекулярно-генетического исследования мутации в гене GJB2 в обеих хромосомах были выявлены у 51 пробанда и у всех их сибсов, что составило 46% от всей выборки.

Результаты и их обсуждение. В работе представлено исследование 111 неродственных пробандов и 8 их сибсов из Гродненской области с двусторонним изолированным сенсоневральным нарушением слуха на наличие мутаций в гене коннексина 26 – GJB2. Мутации выявлены у 51 пробанда (46% выборки). Наблюдается значительно более высокая встречаемость мутаций в гене GJB2 в семейных случаях заболевания с аутосомно-рецессивным типом наследования – в 78% семей. Выявленные особенности спектра мутаций в гене GJB2 показывают, что для молекулярного исследования пациентов Гродненской области оптимальным является

Репозиторий ГрГМУ

использование алгоритма, разработанного для российских пациентов. Зафиксирована самая высокая аллельная частота мутации c.313_326del14 – 7%, предположено польское происхождение данной делеции. Показано, что выявления у пациента мутации в гене GJB2 только на одной хромосоме недостаточно для подтверждения молекулярно-генетического диагноза тугоухости генетического типа DFNB1.

Выводы. В ходе скрининга обнаружено девять гетерозиготных носителей мутации, у одного новорожденного выявлена мутация c.35delG в гомозиготном состоянии, и впоследствии у данного ребенка аудиологически подтверждена потеря слуха средней степени тяжести. Расчетная частота гетерозиготного носительства мутаций в гене GJB2 в Гродненской области Белоруссии – 1/20 (1/16 в среднем по стране), и частота тугоухости, обусловленной мутациями в гене GJB2, составляет 1 на 1600 новорожденных в Гродненской области (в среднем в Белоруссии – 1 : 1000 населения).

Литература

1. Hilgert N., Smith R.J. Van Camp G. Forty-six genes causing nonsyndromic hearing impairment: which ones should be analyzed in DNA diagnostics? / N. Hilgert, R.J. Smith, G. Van Camp // Mutat Res. - 2009. -V. 681. - № 2-3. - P. 189-196.

2. Лалаянц М.Р., Близнец Е.А., Маркова Т.Г. и др. Результаты аудиологического обследования детей первого года жизни с сенсоневральной тугоухостью, обусловленной мутациями в гене GJB2 / М.Р. Лалаянц, Е.А. Близнец, Маркова // Вестник оториноларингологии : Медицинский научно-практический журнал. - 2011. - № 3. - С. 31-35.

3. Маркова, Т.Г., Поляков А.В., Кунельская Н.Л. Клиника нарушений слуха, обусловленных изменениями в гене коннексина 26 / Т.Г. Маркова, А.В. Поляков, Н.Л. Кунельская // Вестник оториноларингологии. - 2008. - Т. 1. - № 2. - С. 4-9.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Богуцкий М.И., Гирис Е.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острые респираторные инфекции (ОРИ) занимают значительный удельный вес в структуре инфекционной заболеваемости [1, 2, 3]. Беременные женщины в связи с развитием у них физиологической иммуносупрессии относятся к лицам повышенного риска возникновения осложнений [3].

Репозиторий ГрГМУ

Цель исследования - изучить показатели гемограммы у беременных с ОРИ.

Материал и методы исследования. Наблюдались 116 пациенток с ОРИ, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице. Из них 62 беременные женщины и 54 пациентки с ОРИ, составившие контрольную группу. Показатели гемограммы исследовались при поступлении в стационар и при выписке. Полученные показатели были подвергнуты статистической обработке.

Результаты исследования. Средний возраст беременных женщин с ОРИ составил 24,5±0,62 года, в контрольной группе – 25,73±0,70 лет. Сопутствующая патология в группе беременных с ОРИ выявлена у 14 женщин (22,6%): анемия легкой степени – у 7, хронический гастрит – у 1, хронический калькулёзный холецистит – у 3, пролапс митрального клапана – у 1, хронический пиелонефрит – у 1, эрозия шейки матки – у 3. В группе контроля сопутствующая патология выявлена у 9 (16,7%): анемия легкой степени – у 3, хронический гастрит – у 3, хронический калькулёзный холецистит – у 1, артериальная гипертензия – у 1, хронический пиелонефрит – у 1.

При лабораторном обследовании поступивших количество эритроцитов в гемограмме беременных пациенток с ОРИ составило $3,89\pm0,05\cdot10^{12}$/л, Hb – 122,71±1,66 г/л, тромбоцитов – $193,88\pm3,86\cdot10^{9}$/л, лейкоцитов – $8,31\pm0,31\cdot10^{9}$/л, эозинофилов – 0,84±0,16%, палочкоядерных – 6,38±0,62%, сегментоядерных – 73,44±1,28%, лимфоцитов – 16,31±1,12%, моноцитов – 3,03±0,34%, СОЭ – 23,48±1,39 мм/час. В группе контроля содержание эритроцитов составило $4,15\pm0,05\cdot10^{12}$/л, Hb – 134,45±1,41 г/л, тромбоцитов - $238,75\pm4,02\cdot10^{9}$/л, лейкоцитов – $6,14\pm0,39\cdot10^{9}$/л, эозинофилов – 1,34±0,19%, палочкоядерных – 3,87±0,62%, сегментоядерных – 55,11±2,09%, лимфоцитов – 34,91±1,73%, моноцитов – 4,77±0,31%, СОЭ – 13,15±0,93 мм/час.

При выписке количество эритроцитов у беременных пациенток с ОРИ составило $3,90\pm0,03\cdot10^{12}$/л, Hb – 126,02±0,98 г/л, тромбоцитов – $234,78\pm2,29\cdot10^{9}$/л, лейкоцитов – $5,85\pm0,17\cdot10^{9}$/л, эозинофилов – 1,59±0,11%, палочкоядерных – 3,73±0,30%, сегментоядерных – 57,87±0,83%, лимфоцитов – 32,86±0,72%,

Репозиторий ГрГМУ

моноцитов – 3,95±0,19%, СОЭ – 23,36±0,80 мм/час. В контрольной группе пациенток с ОРИ эритроцитов в гемограмме было 4,08±0,02·10^{12}/л, Hb – 131,35±0,48 г/л, тромбоцитов – 241,57±1,12·10^{9}/л, лейкоцитов – 5,0±0,10·10^{9}/л, эозинофилов – 3,23±0,20%, палочкоядерных – 1,0±0,09%, сегментоядерных – 45,59±0,60%, лимфоцитов – 46,41±0,58%, моноцитов – 3,77±0,14%, СОЭ – 15,83±0,57 мм/час.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что содержание эритроцитов и гемоглобина у беременных женщин с ОРИ при поступлении и при выписке из стационара было несколько ниже по сравнению с контрольной группой пациенток с ОРИ, однако эта разница была статистически недостоверной. Содержание тромбоцитов при поступлении было более низким у беременных с ОРИ, однако к моменту выписки, количество тромбоцитов в гемограмме в обеих сравниваемых группах пациенток было практически одинаковым. Количество лейкоцитов в гемограмме беременных с ОРИ при поступлении было заметно выше, хотя и находилось в пределах верхних границ нормы, имело выраженную тенденцию к снижению в период выписки из стационара в обеих группах. Содержание сегментоядерных нейтрофилов у беременных с ОРИ при поступлении было заметно выше ($p<0,01$) и оставалось более высоким к моменту выписки, однако эта разница уже была статистически недостоверной. В то же время содержание лимфоцитов в гемограмме пациенток было существенно выше в контрольной группе, по сравнению с группой беременных пациенток с ОРИ ($p<0,01$), у которых и к моменту выписки из стационара содержание лимфоцитов оставалось более низким. СОЭ в группе беременных с ОРИ была значительно выше по сравнению с контрольной группой как при поступлении, так и при выписке ($p<0,05$).

Показатели гемограммы у беременных пациенток в остром периоде ОРИ характеризовались несколько более низким содержанием эритроцитов, гемоглобина и тромбоцитов по сравнению с контрольной группой. Средние показатели количества лейкоцитов и содержание сегментоядерных нейтрофилов в этот период в группе беременных с ОРИ были выше, в то время как содержание лимфоцитоз было более

Репозиторий ГрГМУ

высоким в группе контроля как при поступлении, так и при выписке. СОЭ в группе беременных пациенток было также существенно выше как в остром периоде болезни, так и при выписке. Выявленные различия в гемограмме необходимо учитывать при диагностике ОРИ у беременных.

Литература

1. Богуцкий, М.И. Клинико-лабораторная диагностика острых респираторных инфекций у беременных / М.И. Богуцкий, Е.В. Дубинка // Актуальные проблемы медицины: матер. Ежегодной итоговой науч.-практ. конф. Гродно : ГрГМУ, 2013. – С. 64-67.

2. Покровский, В.И. Инфекционная патология: вчера, сегодня, завтра / В.И. Покровский // Профилактика, диагностика и фармакотерапия некоторых инфекционных заболеваний. – М., 2002. – С. 7-17.

3. Сергеева, И.В. Острые респираторные вирусные инфекции и беременность / И.В. Сергеева, Е.П. Тихонова// Инфекционные болезни. – 2011, Т. 9. – приложение № 1. – С. 341.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИКОРАНДИЛА ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Болтач А.В., Горовенко И.И., Лис М.А., Добродей М.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Наличие эпизодов безболевой ишемии миокарда (ББИМ), даже вне зависимости от болевых проявлений, часто определяет дальнейший прогноз заболевания, поэтому лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение не только болевых, но и «немых» приступов ишемии.

Для достижения более полного антиангинального эффекта нередко используют комбинации разных антиангинальных препаратов. Однако в ряде случаев при совместном применении двух антиангинальных препаратов их действие не усиливается, а, напротив, может ослабевать.

Никорандил обладает хорошо изученной антиангинальной активностью и оказывает благотворный эффект (при добавлении к оптимальной антиангинальной терапии) на клинические исходы у пациентов с высоким риском развития стабильной стенокардии.

Целью данного исследования является изучение влияния никорандила на частоту и продолжительность эпизодов безболевой ишемии миокарда у пациентов со стабильной стенокардией напряжения функционального класса II в сочетании

Репозиторий ГрГМУ

с артериальной гипертензией II степени.

Методы исследования. Проведено динамическое наблюдение 34 пациентов, имевших эпизоды ББИМ. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую составили 17 человек (9 мужчин и 8 женщин), средний возраст 52,3±1,1 года. Вторую - 17 человек (7 мужчин и 10 женщин), средний возраст 51,9±1,3 года. Пациенты обеих групп принимали метопролола сукцинат в суточной дозе 100 мг, лизиноприл 5 мг, аспирин по 75 мг в сутки внутрь. Пациенты второй группы кроме того получали никорандил 20 мг в два приема в течение 10 дней. Исследования проводились до и после десятидневной терапии. Выявления безболевой ишемии миокарда проводилось с помощью прибора суточного мониторирования ЭКГ «КР-01».

Результаты. На фоне приема стандартной терапии среднее количество эпизодов ББИМ в обеих группах до лечения составило 3,56±1,28, а средняя продолжительность одного эпизода - 5,47±1,40 мин.

После лечения в первой группе пациентов из 17 человек эпизоды ББИМ были зарегистрированы только у 6 (среднее количество эпизодов ББИМ - 2,4±0,28 продолжительностью 3,12±0,62 мин). Однако, во второй группе пациентов, принимавших к стандартной терапии никорандил, эпизоды ББИМ не были зарегистрированы ни у одного человека.

Выводы. Добавление никорандила к стандартной антиангинальной терапии улучшало состояние пациентов со стабильной стенокардией напряжения функционального класса II в сочетании с артериальной гипертензией II степени, предотвращало появление эпизодов ББИМ, и, следовательно, уменьшало частоту развития фатальных коронарных событий.

Литература

1.Болтач, А.В. Безболевая ишемия миокарда / А.В. Болтач, М.А. Лис // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. – № 4. – С. 110–117.

2. Болтач, А.В. Влияние эмоксипина на показатели кислородтранспортной функции крови и функции эндотелия у больных с постинфарктным кардиосклерозом, протекающим в сочетании с безболевой ишемией миокарда / А.В. Болтач // Рецепт. – 2009. – № 4. – С. 35–41.

Репозиторий ГрГМУ

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПРЕДИКТОРОВ РИСКА

Борисова Т.С., Болдина Н.А., Лабодаева Ж.П.,
Солтан М.М., Шавель И.М.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Сохранение здоровья подрастающего поколения один из важнейших медико-социальных приоритетов государства. Неблагоприятная динамика показателей здоровья детского населения диктует необходимость поиска научно обоснованных стратегий профилактики, оздоровления и внедрения действенных мер пополнения ресурса здоровья подрастающего поколения, прежде всего, в критические возрастные периоды [1].

Начало обучения – сложный период в жизни ребенка, требующий изменения ситуации социального развития и реконструкции сложившейся модели поведения на фоне «второго физиологического криза», сопровождающегося эндокринным сдвигом, бурным ростом, вегетативной перестройкой, качественными изменениями в физиологических системах и базовых механизмах организации психических функций [2]. В таких условиях успех адаптации зависит от наличия резерва здоровья и своевременного устранения факторов риска.

Цель проведенного исследования - изучение адаптационных возможностей детей, находящихся на стартовом этапе школьного пути, на основе анализа факторов риска дезадаптации.

Материалы и методы исследования. Состояние здоровья, физическое развитие, функциональная готовность к обучению первоклассников общеобразовательных школ и детей с онкогематологической патологией - воспитанников школы-сада.

Соматическое здоровье изучалось с использованием критерия неспецифической резистентности (частота заболеваний в течение года), по анализу регистрируемой хронической патологии, по значениям адаптационного потенциала, индекса физического и функционального состояния. Физическое развитие исследовали антропометрическим методом с оценкой по шкалам регрессии. Нервно-психический статус изучали методом психодиагностического скрининга.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных

Репозиторий ГрГМУ

материалов позволил отметить, что среди первоклассников школы-сада отсутствуют абсолютно здоровые дети, преобладающее количество обследованных (77,6%) относится к III и IV группам здоровья, т.е. имеют хронические заболевания. Среди обследованных первоклассников общеобразовательных школ только 6,6% детей с I-ой группой здоровья. Большинство учащихся 1-ых классов общеобразовательных школ имеет те или иные морфофункциональные отклонения и относится ко II группе здоровья (82,3%). Хронические заболевания в стадии компенсации (III группа здоровья) отмечены у 11,1% учащихся общеобразовательных школ, в основном среди девочек.

Находясь еще на первой ступени школьного образования, дети уже характеризуются наличием полисистемных отклонений и патологии. Сочетанные функциональные отклонения в двух и более системах организма отмечаются у 60% первоклассников общеобразовательных школ и у 83,3% учащихся школы-сада.

В структуре функциональных нарушений 1 ранговое место у детей обобщенной выборки занимают отклонения со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани (нарушение осанки, плоскостопие).

В структуре хронической патологии у воспитанников школы-сада (помимо онкогематологических заболеваний) также лидируют болезни костно-мышечной системы (43,2%), у первоклассников общеобразовательных школ – заболевания органов дыхания, включая органы носоглотки (41,9%).

Преобладающее большинство первоклассников характеризуется гармоничным физическим развитием - 75% учащихся общеобразовательных школ и 72,2% воспитанников школы-сада. Практически каждый четвертый первоклассник имеет дисгармоничное физическое развитие (25% учащихся 1-го класса общеобразовательной школы), обусловленное, в основном, дефицитом массы тела, и 27,8% детей с онкогематологическими заболеваниями за счет избытка массы тела.

Сравнительный анализ уровней адаптации первоклассников анализируемых групп выявил более низкие уровни функциональных резервов организма у воспитанников школы-сада, по сравнению с учащимися общеобразовательных школ.

Репозиторий ГрГМУ

Так, большинство первоклассников общеобразовательных школ характеризуется удовлетворительным состоянием адаптационных возможностей организма. Напряжение адаптации выявлено у 11,3% из них. У воспитанников школы-сада неудовлетворительная адаптация отмечена у 24,4% мальчиков и у 20,6% девочек. Напряжение механизмов адаптации, чаще всего, отмечалось у лиц, имеющих избыточную массу тела.

Напряженное функционирование основных регуляторных систем организма, имеющиеся заболевания и отклонения в морфофункциональном статусе обследованных детей отразились и на формировании «школьно-значимых» функций, прежде всего, таких, как дифференцированное восприятие, должный уровень концентрации внимания, аналитическое мышление, умение воспроизводить образец, а также развитие тонких движений руки и сенсомоторной координации, по результатам оценки которых - готовы к систематическому обучению всего лишь 14,3% воспитанников школы-сада и 28,6% учащихся общеобразовательных школ, условно готовы – 71,4% и 65,7% первоклассников школы-сада и общеобразовательных школ, не готовы - 14,3% и 5,7% соответственно.

Таким образом, в ходе проведенного исследования установлены предикторы риска психосоматической дезадаптации первоклассников: наличие заболеваний, их полиэтиологический характер, дисгармоничность физического развития, напряжение механизмов адаптации, подробный пофакторный анализ которых позволит получить объективную информацию для принятия обоснованных управленческих решений, направленных на уменьшение действия факторов риска и создание благоприятной среды обитания детей, стоящих на пороге школьного образования, способствуя в целом улучшению ситуации в области формирования здоровья подрастающего поколения.

Литература

1. Жарко, В.И. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2012 году и основных направлениях деятельности на 2013 год / В.И. Жарко // Вопр. организации и информатизации здравоохранения.– 2011. - № 1.– С. 4-17.

2. Физиология развития ребенка / под ред. Безруких М.М., Фарбер Д.А. – М.: Образование от А до Я, 2000. – 319 с.

Репозиторий ГрГМУ

ВЛИЯНИЕ L-АРГИНИНА, L-ГЛУТАМИНА И СУКЦИНАТА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Бородинский А.Н., Разводовский Ю.Е., Максимович Н.Е.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ) сопровождается выраженными метаболическими нарушениями, которые становятся причиной поражения практически всех органов и систем, в первую очередь печени – главного органа-мишени токсических эффектов этанола и его метаболита ацетальдегида [3]. При этом ведущую роль в патогенезе этанол-индуцированного повреждения печени играет окислительный стресс [3, 5].

Одним из перспективных направлений в коррекции различных патологических состояний может быть использование разного рода природных соединений (витамины, аминокислоты и др.). Аминокислоты и их производные обладают высоким терапевтическим индексом при практически полном отсутствии побочных эффектов [4]. Имеющиеся данные об антиоксидантных и гепатопротекторных эффектах аминокислот [4, 5] дают основания предполагать их перспективность в коррекции патохимических изменений, вызванных хронической алкогольной интоксикацией.

В связи с этим целью настоящего исследования было изучение влияния композиции, состоящей из L-аргинина, L-глутамина и сукцината на некоторые показатели антиоксидантной системы и интенсивность перекисных процессов в печени крыс при хронической алкогольной интоксикации.

Материалы и методы исследования. В эксперименте были использованы белые крысы - самцы линии Wistar массой 180-200 г., которые подвергались хронической алкогольной интоксикации в течение 60 сут. Алкоголь вводили внутригастрально по 4 г/кг 2 раза в сутки. Животным второй опытной группы на фоне хронической алкогольной интоксикации внутригастрально вводили композицию L-аргинин (500 мг/кг) +

Репозиторий ГрГМУ

L-глутамин (500 мг/кг) + сукцинат (50 мг/кг). Животные контрольной группы получали эквиобъемное количество воды.

Состояние антиоксидантной системы печени (АОС) оценивали по уровню восстановленного глутатиона (GSH), уровню тиобарбитуровой кислоты (ТБК), активности супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГлПО), глутатионредуктазы (ГлРед) общепринятыми методами [1, 2].

Результаты и обсуждение. Хроническая алкогольная интоксикация вызывает значительную активацию СОД, что может косвенно свидетельствовать об увеличении уровня супероксида. На фоне ХАИ также отмечается существенная активация глутатионпероксидазы. Кофактором глутатионпероксидазной реакции является восстановленный глутатион. Несмотря на увеличение его расхода в глутатионпероксидазной реакции, уровень GSH остался практически неизменным. Сниженная активность ГлРед – фермента, восстанавливающего окисленный в глутатионпероксидазной реакции глутатион в восстановленную форму, может свидетельствовать об истощении антиоксидантной системы. ХАИ также повышает активность процессов пероксидации липидов в печени (концентрация ТБК увеличена до 150%). Таким образом, следствием ХАИ является значительная активации свободнорадикальных процессов в печени и интенсификация процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ). Иными словами, наблюдается типичное для хронической алкогольной интоксикации состояние окислительного стресса.

Введение композиции L-аргинин (500мг/кг) + L-глутамин (500мг/кг) + сукцинат (50мг/кг) в течение всего периода алкоголизации приводило к снижению активности СОД (хотя полной её нормализации не было отмечено) и нормализации уровня ТБК. Следует отметить, что введение данной композиции усиливало активность пероксид - утилизирующего ферментативного звена АОС за счёт активации каталазы (до 140%). Исходя из повышенной активности ГлПО, активация которой сохранялась и при введении изучаемой композиции, а также, учитывая повышение активности каталазы, можно предположить, что следствием усиления цепных реакций ПОЛ при ХАИ была перекись водорода, наработанная СОД. Введение

Репозиторий ГрГМУ

изучаемой композиции вызывало более полную утилизацию пероксида и, тем самым, ингибировало ПОЛ.

Таким образом, введение композиции, состоящей из L-аргинина, L-глутамина и сукцината на фоне хронической алкогольной интоксикации сопровождается снижением свободнорадикальной нагрузки и интенсивности ПОЛ в печени.

Литература

1. Чевари, С. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессов и метод определения ее в биологическом материале / С. Чевари, И. Чаба, И. Секей // Лабораторное дело. – 1985. – № 11. – С. 678–681.

2. Моин, В. М. Простой и специфический метод определения активности глутатионпероксидазы в эритроцитах / В.М. Моин // Лабораторное дело. – 1986. – № 12. – С.724– 727.

3. Arteel, G.E. Alcohol-induced oxidative stress in the liver: in vivo measurements / G.E. Arteel // Methods Mol. Biol. – 2008. – Vol. 447. – P. 185–197.

4. Essential amino acid supplementation decreases liver damage induced by chronic ethanol consumption in rats. / G. Corsetti [et al.] // International Journal Immunopathology Pharmacology. – 2011. – Vol. 24, № 3. – P. 611–619.

5. Lieber, C.S. Pathogenesis and treatment of alcoholic liver disease: progress over the last 50 yearsd / C.S. Lieber // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci. – 2000. – Vol. 37, № 6. – P. 551–84.

ОСОБЕННОСТИ Я-ИДЕНТИЧНОСТИ У ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ

Бузук С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский ниверситет»

Об актуальности проблемы суицидального поведения свидетельствует высокий уровень самоубийств во многих странах, в том числе и в РБ.

Суицидальная настроенность никогда не бывает импульсивной, таковыми могут быть только действия, которые предпринимаются для реализации намерений. Формированию суицидальной готовности, как правило, предшествует сложный внутриличностный конфликт, связанный с расстройством самоидентичности. Несмотря на важность влияния психологических образований на возникновение суицидальных убеждений, исследований, посвященных данному аспекту суицидальности явно недостаточно.

Цель - определение значимых Я-структурных функций у

Репозиторий ГрГМУ

депрессивных пациентов с высоким суицидальным риском.

Материал исследования. В исследовании участвовало 95 испытуемых, страдавших депрессивным расстройством умеренной степени тяжести. Возраст испытуемых – от 25 до 48 лет, из них 55 – женщин и 40 мужчин. Испытуемые были разделены на 2 группы. Первую группу составили депрессивные пациенты без суицидального потенциала (23 женщины, 33 мужчины), вторую группу – больные депрессией с высоким суицидальным риском (17 мужчин, 22 женщины).

Метод исследования. Я-структурный тест Аммона.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что группа с повышенным уровнем суицидального потенциала достоверно отличается ($p<0,05$) от 1-й группы повышенной частотой ведущих пиков профиля по шкалам конструктивной тревоги (15%) и дефицитарной сексуальности (19%).

Подъем профиля по шкале конструктивной тревоги свидетельствует о способности трезво оценивать опасность реальной жизненной ситуации и выдерживать переживания, связанные с тревогой. Это способствует преодолению страха для реализации жизненноважных целей и планов, повышает продуктивность и общую эффективность деятельности.

Повышение профиля по шкале дефицитарной сексуальности отражает низкую сексуальную активность, стремление избегать половых контактов, вплоть до полного отказа от них, замену реальных сексуальных отношений фантазиями.

Сравнительный анализ показал, что частота ведущих пиков профиля по шкалам деструктивной тревоги и деструктивной сексуальности во 2-й группе испытуемых достоверно ниже ($p<0,05$), чем в 1-й группе. Это говорит о том, что у пациентов с повышенным уровнем суицидального потенциала реже встречаются такие особенности, как неадекватная переоценка реальных трудностей и проблем, нерешительность, беспомощность, плохо организованная активность в ситуации опасности. Реже встречаются и проявления деструктивной сексуальности, к которым относятся избегание эмоциональной близости и неспособность к глубоким интимным взаимоотношениям, восприятие сексуальных отношений не как

Репозиторий ГрГМУ

способа углубленного общения и достижения близости с партнером, а как средства реализации сексуальных желаний.

Анализ распределения значений Т-баллов по шкалам теста Аммона показал достоверные отличия ($p<0,05$) по шкалам конструктивной агрессии, деструктивной агрессии, деструктивной тревоги и конструктивного нарциссизма. Более трети испытуемых 2-й группы имеют достоверно высокие Т-значения (>45) ($p<0,05$) по шкале конструктивной агрессии. В 1-й группе данные значения установлены лишь в 18% случаев. Это говорит о том, что для депрессивных пациентов с высоким уровнем суицидального потенциала характерны более активный подход в решении жизненных проблем, способность устанавливать продуктивные межличностные контакты, умение отстаивать свое мнение и учитывать интересы окружающих.

Сравнительный анализ показал, что у 45% испытуемых 1-й группы встречаются достоверно высокие Т-значения (>50) по шкале деструктивной агрессии ($p<0,05$). Во 2-й группе данные значения имеют 28% испытуемых. Это свидетельствует о том, что у пациентов 2-й группы реже встречаются такие психологические особенности, как конфликтность, чрезмерная требовательность, склонность к обесцениванию других людей и межличностных отношений, ригидность в решении проблемных ситуаций.

Большинство испытуемых 1-й группы (73%) имеют достоверно высокие Т-значения (>60) по шкале деструктивной тревоги ($p<0,001$). Во 2-й группе, данные значения обнаруживаются лишь у 37% испытуемых. Это говорит о том, что для депрессивных пациентов с высоким суицидальным потенциалом в меньшей степени характерны проявления деструктивной тревоги, к которым относятся неадекватная переоценка реальных проблем, плохая организованная активность в ситуации опасности, повышенная тревожность, боязнь устанавливать доверительные отношения и неспособность обращаться за помощью в трудных ситуациях.

У половины испытуемых 1-й группы наблюдались достоверно низкие Т-значения (<35) по шкале конструктивного нарциссизма ($p<0,05$). Во 2-й группе данные значения имеет треть пациентов. Это говорит о том, что у пациентов с высоким

Репозиторий ГрГМУ

уровнем суицидального потенциала реже встречаются такие особенности, как неуверенность в себе, зависимость от других людей, болезненное реагирование на критику, неспособность сохранять собственные цели и предпочтения при установлении межличностных контактов.

Заключение. Для депрессивных пациентов с повышенным уровнем суицидального потенциала наиболее характерен конструктивный характер центральных Я-функций. Пациенты данной группы не имеют ярко выраженной дезадаптации, им присущи менее выраженные по интенсивности переживания, о чем свидетельствует высокая частота встречаемости нормативных значений по результатам теста Аммона.

Литература

1. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: из синопсиса по психиатрии / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 602 с.

2. Тупицин, Ю.Я. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне. Пособие для психологов и врачей / Ю.Я. Тупицин, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова. – СПб, 1998. – 70 с.

З ГІСТОРЫІ РАЗВІЦЦЯ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ ТЭРМІНАЛОГІІ

Варанец В.І.

УА «Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

Уводзіны. Беларуская медыцынская лексіка сваім вытокамі ідзе з агульнаеўрапейскай і агульнаславянскай моў. Старажытныя балцкія плямёны, плямёны крывічоў, дрыгавічоў, радзімічаў ужо мелі пэўныя медыцынскія веды, якія перадаваліся з пакалення ў пакаленне. Агульнаславянскае слова “ўрач” мае агульны корань са словамі *бурчаць, уракаць (здымаць ураканне)*. На балгарскай мове так называлі чарадзея, а на сербахарвацкай чараўніка, прадказальніка [1]. Такім чынам, ужо ў старажытныя часы ўрач аказваў пэўную дапамогу людзям і карыстаўся агульнай павагай.

Мэтай дадзенай працы з’яўляецца спроба прасачыць асноўныя этапы развіцця беларускай медыцынскай тэрміналогіі і вызначыць іх уплыў на сённяшні стан тэрміналагічнай лексікі.

Асноўная частка. Дзякуючы рукапісным помнікам з даўніх

Репозиторий ГрГМУ

часоў да нас дайшлі словы, якія маюць агульнаславянскае паходжанне: *бок, брыво, волас, воспа, галава, горла, зуб, мача, нос, рука, сэрца, вуха, спіна* і інш. З чатырнаццатага стагоддзя паходзяць такія ўласнабеларускія тэрміны, як *лытка, галёнка, нырка*. Пасля прыняцця хрысціянства на тэрыторыю сучаснай Беларусі актыўна сталі пранікаць грэчаскія тэрміны.

Адназоўнікавыя кампаненты грэчаскага паходжання і сёння трывала замацаваліся ў медыцыне: *мія-* (ад *mys, myos – цягліца*), *нефра-* (ад *nephros – нырка*), *фармака- (*ад *pharmakon – лекі*), *рына-* (ад *rhis, – inos – нос*) і інш. У шаснаццатым стагоддзі праз польскую мову беларуская медыцынская тэрміналогія стала папаўняцца лацінізмамі. Гэтаму спрыялі цесныя адносіны Вялікага Княства Літоўскага з суседняй Польшчай. Пасля ж утварэння Рэчы Паспалітай (1569 год) лацінізмы літаральна ўварваліся ў беларускую мову. У першую чаргу такі працэс адбываўся дзякуючы медыцынскім кнігам на лацінскай мове. Гэта былі тэрміны, першай часткай якіх з'яўляюцца лацінскія элементы *вібра-* (ад *vibro дрыжу, вагаюся*), *імуна-* (ад *immunis-свабодны ад чаго-небудзь, некрануты*), *лакта-* (ад *lacctis малако*) і інш. Таксама часткай складаных тэрмінаў часта з'яўляюцца элементы *-фікцыя* (ад *facere рабіць; абазначае ўкараненне, распаўсюджанне*), *-цыд* (ад *caedo забіваю*), *-ол* (ад *oleum алей*) [2].

Пасля трох падзелаў Рэчы Паспалітай (1772, 1793, 1795 гг.) беларускія землі канчаткова ўвайшлі ў склад Расійскай імперыі. Працягвалася палітыка дыскрымінацыі беларускай мовы гэтым разам з боку расійскіх улад. Медыцынская тэрміналогія папаўнялася рускімі тэрмінамі, аднак далёка не ўсе яны прыжыліся ў беларускай мове: "*бязрукасць*" (абрахія), "*падучая*" (эпілепсія) і інш.

У 1921 годзе пачала сваю працу Беларуская навуковая тэрміналагічная камісія. У перыяд 1922–1930 гадоў ёй былі выдадзены 24 выпускі беларускай навуковай тэрміналогіі па розных раздзелах навукі і тэхнікі. Вялікую ролю камісія адводзіла распрацоўцы медыцынскай тэрміналогіі. Ёй былі прысвечаны 9, 13 і 20 выпускі зборнікаў "Беларуская навуковая тэрміналогія". Гэта былі як наватворы, так і словы, якія ўжо стала замацаваліся ў беларускай мове: *спарон* (аборт), *вурзпель*

Рэпазіторый ГрДМУ

(гонорея), *цягліца* (мышца) і інш. Дзевяностыя гады дваццатага стагоддзя далі чарговы ўздым нацыянальнай свядомасці і развіццю нацыянальнай мовы. Пачалі ствараццa новыя тэрміналагічныя слоўнікі. Сучасную беларускую тэрміналогію зыходзячы з моўнага паходжання, форм напісання можна падзяліць на наступныя групы: 1) спрадвечна беларускія найменні; 2) асіміляваныя і дапасаваныя да гукавой і марфалагічнай сістэмы беларускай мовы калькі з іншых моў; 3) лацінскія і грэчаскія тэрміны [3].

Вывад. Адной з галоўных прыкмет развіцця і лексічнага багацця мовы з'яўляецца яе тэрміналагічнае забеспячэнне. Закрыццё ўсіх галін навукі, тэхнікі, грамадскіх з'яў дае магчымасць арганічнаму навучанню падрастаючага пакалення на роднай мове, што, у сваю чаргу, спрыяе развіццю нацыянальнай свядомасці грамадзян і пашырэнню магчымасцей развіцця нацыянальнай навуковай школы. Гісторыя не была ласкава да беларускай мовы. І тым не менш мы можам смела сказаць, што сённяшні стан развіцця медыцынскай тэрміналогіі абнадзейвае і дае падставы верыць, што беларуская мова, абапіраючыся на напрацоўкі папярэднікаў, будзе і надалей плённа развівацца.

Літаратура

1. Фасмер, М. Этимологический словарь русского языка. В 4 т., - Т. 1 / М. Фасмер // - М.: Прогресс , 1989. – С. 361.

2. Арашонкава, Г., Булыка А., Люшцік У., Падлужны А. Тэорыя і практыка беларускай тэрміналогіі / Г. Арашонкава. - Мн.: Бел. навука, 1999. – С. 26.

3. Варанец, В. Беларуская мова. Прафесійная лексіка / В. Варанец. - Гродна : ГрДМУ, 2010. – С. 5.

ТЫПОВЫЯ ПАМЫЛКІ ПРЫ НАПІСАННІ АЎТАРЭФЕРАТАЎ НА БЕЛАРУСКАЙ МОВЕ

Варанец В.І.

УА «Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

Уводзіны. Згодна патрабаванням Вышэйшай атэстацыйнай камісіі Рэспублікі Беларусь адзін варыянт рэзюмэ да кандыдацкай ці доктарскай дысертацыі афармляецца на беларускай мове, дзяржаўнай мове тытульнай нацыі нашай краіны. Аналіз прадстаўленых работ за апошнія гады паказаў досыць значную колькасць дапушчаных памылак у названых работах. Гэта

Репозиторий ГрГМУ

прывяло да з'яўлення загаду Міністэрства адукацыі і ВАКа аб арганізацыі курсаў і экзамена па беларускай мове для аспірантаў і саіскальнікаў. У выніку колькасць памылак знізілася, але да ідэальнага становішча яшчэ досыць далёка.

*Мэтай д*адзенай працы з'яўляецца спроба аналізу найбольш тыповых памылак, што дазволіць больш уважліва ставіцца да складаных момантаў правапісу пры напісанні работ будучым кандыдатам і дактарам навук.

Асноўная частка. Па-першае, трэба памятаць, што ў 2008 годзе Рэспубліка Беларусь перайшла на новыя правілы арфаграфіі. Таму і работа павінна быць аформлена згодна новага правапісу. Трэба ведаць, што:

1. *Літара* ***о*** *ў беларускай мове пішацца толькі пад націскам:* золата, опера, Токіа, Ватэрлоа.

2. *Літара* ***ё*** *пішацца не пад націскам у словах з коранем* ***ёд-*** *і* ***ёт-****:* ёдамарын, ёдаванне, ётаванне.

3. *Літара* ***ё*** *пішаца ў складаных словах з першай часткай* ***радыё-****:* радыёканал, радыётэлефон, радыёстанцыя.

4. *Ненаціскныя фіналі* **-эль, -эр** *у запазычаных словах перадаюцца як* ***-аль, -ар:*** камп'ютар, шніцаль, карцар.

5. *Ненаціскныя фіналі* ***-эль, -эр*** *ва ўласных імёнах іншамоўнага паходжання перадаюцца нязменна:* Одэр, Юпітэр, Чэлінджэр.

6. *Спалучэнне зычнага гука* ***[й]*** *з галоснымі ў словах іншамоўнага паходжання перадаецца ётаванымі галоснымі:* Нью-Ёрк, Ёфе;

Літара **у** пішацца:

1. Калі стаіць пад націскам: *аукаць, каля урны, аул.*

2. У запазычаных словах, якія заканчваюцца на **–ум, -ус**: *соус, прэзідыум, кансіліум.*

Літара **ў** пішацца:

1. Пасля галосных у пачатку слова (калі паміж словамі няма знака прыпынку і гэта не пачатак сказа): *прыехалі ўдзень, ва ўніверсітэце, нашы ўніяты.*

2. Пасля галосных перад зычнымі ў сярэдзіне слова: *аўдыторыя, аўдыенцыя, джоўль* (але: **траур)**.

У канцы запазычаных слоў ненаціскное **у** не скарачаецца: *ток-шоу, Ландау, фрау.*

Рэпазиторий ГрГМУ

Назвы аддзелаў, падраздзяленняў навуковых і адукацыйных устаноў, іх органаў кіравання, словы тыпу **вучоны савет, калегія, савет па абароне дысертацый, факультэт, сектар**: *кафедра беларускай мовы, вучоны савет лячэбнага факультэта*; але *Агульны сход Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі, Аддзяленне медыцынскіх навук Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі.*

Назоўнікі мужчынскага роду маюць канчатак **-у (-ю)**, калі абазначаюць:

а) з'явы прыроды: *снегу, ветру;*

б) зборныя прадметы*: лесу, хмызняку*; *гароху, але **аўса.***

в) хімічныя элементы, рэчывы, матэрыялы: *цынку, цукру, цэменту, але **хлеба;***

г) дзеянні: *крыку, паходу*;

д) разумовыя паняцці, пачуцці, адчуванні: *сораму, болю, таленту;*

е) грамадскія фармацыі, тэорыі, вучэнні: *феадалізму, фрэйдызму*.

Назоўнікі 2-га скланення, якія абазначаюць асобу чалавека, у месным склоне маюць канчатак **-у (-ю)**: *пры выкладчыку, аб вучню.*

Прыметнікі вышэйшай ступені параўнання найчасцей ужываюцца з прыназоўнікам *за*: *разумнейшы за суседа, мацнейшы за гару.* Правільным лічыцца і ўжыванне такіх прыметнікаў з параўнальнымі злучнікамі *чым, як*: *Не ведаю лепшага ратунку ад спёкі, чым халодная рака*.

Пазбягаюць ужываць дзеепрыметнікі незалежнага стнану з суфіксамі *-уч, -юч-, -ач-, яч-: думаючы, гаворачы.*

У беларускай мове адсутнічаюць зваротныя дзеепрыметнікі *(стаміўшаяся)*. Пры перакладах найбольш прымальнымі з'яўляюцца дзеепрыметнікі з суфіксамі *-л-, -н-, -ен-, -ан-, -т-*: *абляцелае лісце, сабраны натоўп*. У суфіксах дзеепрыметнікаў не пішацца падвоенае *н*.

Нельга ў адным сказе ўжываць дзеепрыслоўе і дзеяслоў-выказнік, якія абазначаюць дзеянні розных асоб ці прадметаў: *Гуляючы па парку, у мяне ўзнікла думка аб сёлетнім адпачынку* (Думка ўзнікла і гуляла па парку..?).

Рэпозиторий ГрГМУ

Вывад. Намі акрэслены найбольш тыповыя памылкі ў напісаных навуковых працах на беларускай мове. Уважлівае стаўленне да гэтых правіл дазволіць выканаць плануемую работу на добрым арфаграфічным узроўні.

Літаратура

1. Варанец, В. Правілы беларускай арфаграфіі і тлумачэнні да іх / В. Варанец. - Гродна : ГрДМУ, - 2009.

2. Кавалёва, М., Падгайскі Л. Беларуская мова / М. Кавалёва. - Мн.: Народная асвета, 1991.

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ОБЪЕКТ ИЗУЧЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Васильев В.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Гигантский рост информации на фоне сохранения сроков обучения порождает крайнее затруднение в обеспечении полноценной подготовки специалистов в любой отрасли человеческой деятельности. Особая сложность отмечается при подготовке социально значимых специалистов, и в частности, врачей. С этих позиций важно проследить тенденции «движения» ключевых моментов преподавания в историческом аспекте. В качестве примера нами проанализирован пятидесятилетний личный опыт преподавания инфекционной патологии, которая, наверное, как никакая другая, теснейшим образом взаимосвязана со многими смежными общемедицинскими дисциплинами (биология, микробиология, вирусология, иммунология, аллергология, патологическая физиология и патанатомия), а также с рядом основополагающих фундаментальных клинических дисциплин (терапия, педиатрия, неврология и др.). Во многом сложности обусловлены также интенсивной технизацией процессов диагностики и лечения. В связи с этим нами рассмотрены отдельные вопросы как сложности преподавания, так и перспективы возможного преодоления негативных явлений на этапах самого педагогического процесса.

Материал исследования. Нами проанализирована ситуация

Репозиторий ГрГМУ

изменений программного обеспечения, требований к специалисту, качество учебного материала, возможности и степень его усвоения студентами, технология контроля знаний и умений.

Результаты и обсуждение. В анализе обсуждаемой информации прежде всего на первый план выступают вопросы этапности изучения и освоения инфекционной патологии. Это включает информация о конкретной нозологии, вычленение в ней ведущих симптомокомплексов (синдромов), оценку значимости клинико-эпидемиологического подхода в обосновании диагноза и верификации патологии методами лабораторной и инструментальной диагностики. Именно это обеспечивает реализацию старого плавила врачебной практики: «Quid bene diagnosct, bene curat». Расшифровка этиологии позволяет определить роль возможного преимущественного воздействия на этиофактор, звенья патогенеза и реализацию саногенеза. Такое классическое построение изучения инфекционной патологии в настоящее время сопровождается возрастающей количественно и качественно современной информации о возбудителе, особенностях эпидемиологии и патогенеза, диагностики, лечения и иммунопрофилактики старых «классических» инфекций. Однако возникает активное «вклинение» в практику обучения будущего врача новых инфекций (прионовая патология, ВИЧ-инфекция) и расшифровка этиологии ряда соматических заболеваний (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, атеросклероз, рассеянный склероз и др.). Естественно, что всё это невольно приводит к углублению знаний о патогенезе выше перечисленной патологии. Так или иначе, но кроме этого, невольно возникает необходимость информирования будущих специалистов о роли в патогенезе генетической дефектности отдельных лиц, что выражается в реальной практике как в хронизации течения болезни (сепсис), так и возможного онкогенеза. Врачу приходится серьёзно переосмыслить значение в инфекционной патологии известного постулата Генле-Коха и оценку новых, подчас абсурдных или курьёзных теорий (П. Дюзберг), искусственную политизацию происхождения инфекций на примере ВИЧ-инфекции (Сегал).

Изучение инфекций немыслимо без оценки реальной

Репозиторий ГрГМУ

деятельности человечества. Это и успехи вакцинопрофилактики с формированием в настоящее время вакцинозависимой популяции человека; это успехи и разочарования антибиотикотерапии; это оценка роли и влияния изменяющейся экосреды (Е.С. Белозёров); это переосмысление роли паразитизма в «совершенствовании» человека и животных (Б.А. Астафьев); это изменения в реальности зон (ареалов) природной очаговости (Е.Н. Павловский) и саморегуляции эпидемического процесса (В.Д. Беляков).

Перед преподавателем стоит крайне сложная проблема: как донести всёвозрастающую информацию студентам и рационально вставить её в «прокрустово ложе» учебного плана; как обеспечить клиническое усвоение патологии в условиях её отсутствия или низкой встречаемости в данной местности; как и какие подходы использовать в определении степени усвоения знаний (опрос, экзамен в устном или письменном варианте, компьютерный контроль и т.д.). Отходит на второй план такая форма обучения, как лекция, даже в условиях её внешней модернизации (мультимедийное оформление). Наверное, назрело время заменить «нозологические» лекции на лекции обзорного характера по профилю патологии с оценкой сиюминутного состояния проблемы и возможной футурологии.

В общей проблематике трудностей и сложностей преподавания стоит профилеризация инфекционных стационаров в университетские клиники, обеспечение их не только учебными площадями, но и современным диагностическим оборудованием, лабораторной службой и условиями для освоения практических навыков на современных и высокотехнологичных муляжах. Можно думать, что в обозримом будущем ещё не скоро возникнут или будут построены университетские клиники.

Заключение. Инфекционист - это особая специальность которая в реальных условиях практики сохраняет тесную функциональную связь с терапией, педиатрией, неврологией и др. Это требует от инфекциониста «наработки» высокой клинической и информационной грамотности, своеобразной энциклопедичности подготовки врача. Быть настоящим инфекционистом теперь - это иметь неистощимое любопытство в совершенствовании врачебного мастерства, жертвенность в

Репозиторий ГГМУ

поведении, в работе, особую целеустремленность и гражданское мужество, особенно в вопросах окончательной диагностики и статистической отчетности. Найти среди студентов лечебного и педиатрического факультетов лиц, увлеченных инфектологией, помочь им в реальных условиях на многие годы «окунуться» и неё – самая большая награда преподавателю кафедры инфекционных болезней.

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ИЗ ДОМА РЕБЕНКА, ЛЕЧИВШИХСЯ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ

Васильев В.С., Шейко М.И., Илькевич С.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Контингент домов ребенка в основном формируется за счет детей сирот и детей, родители которых лишены прав [1, 2, 3, 4, 5]. Нужно отметить, что в большинстве своем родители таковых имеют социальную ущербность (алкоголизм, наркомания, судимость и т.п.), что само по себе отражается на особенностях внутриутробного развития и, естественно, приводит к физическим и психическим порокам развития [1, 2, 3, 4, 5]. Фоновая патология может быть отягощающей при развитии острой инфекции.

В Республике Беларусь по данным Национального центра усыновления детей сиротской категории 32 тысячи. Ежегодно сиротами становится 4000 детей.

Цель исследования - изучить этиологическую структуру, преморбидный фон и влияние его на течение инфекционных заболеваний у детей из дома ребенка.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей из дома ребенка, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 2010 и 2011 годах.

Результат и обсуждение. Всего проанализирована 51 история болезни. Возрастной состав был следующим: до 6 месяцев – 4, от 6 месяцев до 1 года – 11, от 1 года до 1,5 лет – 13, от 1,5 лет до 2 лет – 10, от 2 до 3 лет – 10 и старше 3 лет – 3.

Репозиторий ГГМУ

Среди госпитализированных преобладали мальчики (28). В 7 случаях причиной госпитализации был контакт по ветряной оспе. В 9 случаях дети болели указанной инфекцией. У 35 детей имелась клиника острой респираторной инфекции с выраженным лихорадочным синдромом в части случаев с заметной полилимфоаденопатией (7) и тонзиллитом (4), что в достаточной степени позволило склониться в пользу аденовирусной инфекции, проводя, тем не менее, дифференцирование с инфекционным мононуклеозом.

Характеризуя в целом контингент госпитализированных детей, следует отметить, что у 49 из них в анамнезе были острые респираторные заболевания, нередко с пневмонией и бронхитом. У 23 выявлены врожденные пороки развития центральной нервной системы самого различного проявления, часто в сочетании с пороками других органов и систем (14), включая и пороки сердца (4). Кроме этого 24 ребенка страдали пищевой аллергией, у 18 была зарегистрирована гипохромная анемия, у 1 ребенка установлена цитомегаловирусная инфекция. Задержка психического развития неясного генеза была у одного ребенка.

После обследования и динамического наблюдения были выставлены следующие клинические диагнозы: острая респираторная вирусная инфекция – 19, аденовирусная инфекция – 15, ветряная оспа – 11, острая респираторная инфекция с пневмонией – 3 и бронхитом – 7, ангина – 2, контакт по ветряной оспе – 2. Двое детей были практически здоровыми (без учета имеющихся врожденных пороков). У некоторых больных указанная патология протекала в сочетании с атопическим дерматитом – 7. Нужно признать, что, в целом, несмотря на имеющуюся фоновую патологию, острые инфекции протекали в среднетяжелой форме (43), пятеро - в легкой и только один - в тяжелом варианте. Средняя длительность пребывания больных на койке составила 10,9 к/дней. Однако, несмотря на среднетяжелое течение инфекционных заболеваний, в большинстве случаев требовалась более интенсивная этиотропная и патогенетическая терапия.

Выводы.

1. У 45% детей, находящихся на воспитании в доме ребенка, имеется врожденная патология, в том числе сочетанная – 31,9%.

Репозиторий ГрГМУ

2. Основными инфекционными заболеваниями среди указанной категории пациентов являются воздушно-капельные инфекции: недифференцированные ОРИ – 37,2%, аденовирусная инфекция – 29,4% и ветряная оспа – 21,6%.

3. Несмотря на имеющуюся фоновую патологию, основные клинические проявления и длительность пребывания в стационаре соответствуют среднестатистическим показателям.

Литература

1. Зелинская, Д.И. Социальное сиротство как одна из проблем здравоохранения Российской Федерации / Д.И. Зелинская // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. - № 1. – С. 83-87.

2. Альбицкий, В.Ю. Результаты комплексной клинико-социальной характеристики детей-сирот, оформляющихся в интернатные учреждения / В.Ю. Альбицкий, Т.А. Гасиловская, А.И. Ибрагимов // Российский педиатрический журнал. – 2004. - № 5. – С. 44-46.

3. Филькина, О.М. Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, как фактор отказа от приема в защищаемую семью / Филькина О.М. [и др.] // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2010. - № 6. – С. 14-16.

4. Подофёдова, А.С. Актуальные проблемы социального сиротства в Республике Беларусь / А.С. Подофёдова // Адукацыя і выхаванне. – 2006. - № 11. – С. 3-8.

5. Конова, С.Р. Программный подход к решению проблем социального сиротства в Российской федерации / С.Р. Конова // Российский педиатрический журнал. – 2003. - № 3. – С. 44-46.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФРАПОПЛИТАРНЫХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИЙ

Васильчук Л.Ф.[2], Василевский В.П.[1], Кардис А.И.[2], Цилиндзь А.Т.[2], Горячев П.А.[2], Черний В.А.[2], Труханов А.В.[2], Полудень Д.И.[2], Талерчик О.Г.[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1],
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»[2]

Актуальность. Хирургический метод лечения поражений артерий голени, до последнего времени остававшийся широко распространенным в большинстве клинических учреждений, не в полной мере удовлетворяет своими результатами, а также требует выполнения объемных сложных реконструкций (создание искусственных артерио-венозных соустий, артериализация венозного кровотока стопы), характеризующихся

Репозиторий ГрГМУ

сомнительной длительной перспективой [1]. На первых этапах становления интервенционной радиологии сообщения об эндоваскулярных вмешательствах на артериях голени встречались крайне редко. На сегодняшний день в связи с накоплением опыта внутрисосудистых вмешательств и появлением низкопрофильного катетерного и проводникового инструментария показания к интервенционному лечению артерий голени расширились. Преимуществом интервенционных методов (в первую очередь, чрескожной баллонной ангиопластики) является малая травматичность, хорошая переносимость вмешательства, а также отсутствие необходимости обширных и проблематичных диссекций и анастомозирований мелких сосудистых структур голени. При этом сохраняется возможность повторного проведения процедуры, если первоначально выполненные вмешательства оказались недостаточно эффективными. Существенным недостатком чрескожной баллонной ангиопластики является высокая частота рестенозов [2].

Цель - усовершенствовать хирургические подходы в лечении критической ишемии нижних конечностей, обусловленной поражением сосудов мелкого диаметра, на основе внедрения эндолюминальных реваскуляризирующих интервенций на артериях голени и анализа их непосредственных результатов.

Материалом и методами исследования явилась оценка результатов лечения 31 пациента с окклюзионно-стенотическим поражением артерий голени, перенесших эндолюминальные интервенции за последние два года. Количество женщин составило 8 (26%), мужчин – 23 (74%) в возрасте от 52 до 83 лет. В 88% случаев была выявлена атеросклеротическая природа ишемии, в 12% ангиопатия имела диабетическую этиологию. II-Б стадия ишемии была выявлена у 23% пациентов, III – у 39%, IV – у 38% обследуемых. Все пациенты характеризовались наличием сопутствующей патологии: ишемическая болезнь сердца – 86%; артериальная гипертензия – 79%; аритмия – 29%.

Результаты и их обсуждение. В лечении пораженных атеросклерозом тибиальных сосудов у всех пациентов применены ангиопластики артерий голени и стопы с использованием

Репозиторий ГрГМУ

длинных (21 см) баллонов (Amphirion Deep, Invatec). У 5 оперированных одновременно проводились дилятации и стентирования вышележащих сегментов поверхностной бедренной артерии. Окклюзионно-стенотические поражения артерий голени справа составили 45,8%, слева – 54,2%. У 28 (90,3%) пациента превалировало окклюзионное поражение артерий голени, а у 3 (9,7%) – стенотическое. Из 31 эндоваскулярного вмешательства на артериях голени 10 (32,3%) приходится на изолированную ангиопластику задней большеберцовой артерии (ЗББА); 9 (29,0%) выполнено на передней большеберцовой артерии (ПББА); у 5 (16,1%) больных операции проводились на ЗББА в сочетании с ангиопластикой ПББА; у 4 (12,9%) – на ЗББА и малоберцовой артерии; 3 (9,7%) – на ПББА и МБА. При 30 (96,7%) эндоваскулярных вмешательствах достигнут непосредственный ангиографический успех – восстановлен магистральный кровоток в дилятированных артериях и купированы клинические проявления ишемии. Только в 1 случае попытка прохождения дистальных окклюзий проводником Crosswire 0.014 inch. TERUMO была безуспешной. Эффективность проводимых эндоваскулярных вмешательств оценивали до и после соответствующих лечебных мероприятий, по данным ангиографии, ультразвукового сканирования и методов объективного обследования. Клинический результат в госпитальном периоде проанализирован по данным динамики местного сосудистого статуса и субъективной оценки оперированными. Улучшение отметили 26 (83,9%) пациентов: 7 (22,6%) – удлинение дистанции безболевой ходьбы, у 9 (29,0%) человек прекратились боли в покое, тенденция к заживлению язвенных дефектов наблюдалась у 10 (32,3%) исследованных. В послеоперационном периоде в 5 (16,1%) случаях возникло осложнение в виде ретромбоза с декомпенсацией ишемии конечности, что привело к ампутации у 2 пациентов на уровне средней трети бедра, и у 3 – нижней трети бедра. В среднем время возникновения данного осложнения и выполнение ампутаций составило 5 суток.

Выводы. Эндоваскулярная интервенция на инфрапоплитарном сегменте является малотравматичным и достаточно эффективным (83,9%) методом лечения критической

Репозиторий ГрГМУ

ишемии нижних конечностей и в ряде случаев может быть альтернативой хирургической реваскуляризации. В рамках короткого срока наблюдения у пациентов с поражением артерий голени баллонная ангиопластика способна устранить необходимость ампутации у большинства из них. Учитывая тяжесть общего состояния таких больных, наличие сопутствующих заболеваний, риск развития осложнений хирургического лечения, ее можно рассматривать как операцию выбора и выполнять для спасения не только конечности, но и жизни пациента.

Литература

1. Овчаренко, Д.В. Значимость анатомической вариабельности артерий голени и стопы для выполнения периферической ангиопластики у пациентов с критической ишемией / Д.В. Овчаренко, М.Ю. Капутин, А.А. Воронков, С.А. Платонов // Международный ж-л интервенционной кардиологии.- 2011. - № 26. - С 47-51.

2. Anderson, M. Ree kross cathether to treat long intragenicular vessel occlusion / M. Anderson, A.D. Platts // J. Endovasc. Ther.- 2006. - V. 40, № 11. - P. 816-836.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНТРАТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО БАССИНИ

Визгалов С.А.[1], Сугоняко Ю.В.[2], Страпко В.П.[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1],

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»[2]

Операции по поводу наружных грыж традиционно занимают значительную часть спектра оперативной деятельности хирургических стационаров (5-25%) [2]. В мире ежегодно выполняется свыше 1,5 млн. вмешательств по поводу грыж брюшной стенки, в США эта цифра составляет около 700 тыс., в Германии 153 тыс. [1]. На паховые грыжи приходится до 75% из всех грыж, из них 90-95% паховых грыж встречаются у мужчин. Одним из осложнений пахового грыжесечения является сдавление элементов семенного канатика во вновь образованном наружном паховом кольце. Однако сведения об этом осложнении грыжесечения в литературе недостаточно широко обсуждаются. Это вызвано тем обстоятельством, что до настоящего времени не

Репозиторий ГрГМУ

нашли широкого применения современные технологии для контроля качества грыжесечения.

Материалы и методы. Нами проведено исследование по изучению интратестикулярного кровотока у пациентов с наружными грыжами живота до и после оперативного лечения. Обследовано 25 больных с паховыми грыжами, которым выполнялась герниопластика по методу Бассини. Косые паховые грыжи (кпг) диагностированы у 15 пациентов, а прямые паховые грыжи (ппг) – у 8 пациентов.

Всем больным накануне операции и через 5 дней после операции проводили ультразвуковое санирование обеих пахово-мошоночных областей для определения максимальной систолической и максимальной диастолической скорости кровотока (см/с), а также рассчитывался индекс резистентности (IR) в паренхиме яичка. За контрольные значения принимали данные, полученные с контрлатеральной стороны у этих же пациентов. Исследование осуществляли в положении пациента лёжа на спине с помощью аппарата «Sonolain-G605» фирмы Simens, оснащенного датчиком с длиной волны 7,5 Мгц в режиме доплеровского картирования.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке. Статистические показатели рассчитывались по общепринятым формулам. Так, для оценки количественных данных исследования и расчета их достоверности определялись следующие показатели: средние арифметические величины исследуемых признаков (M); ошибка среднего арифметического значения (m); достоверность (p) различий определялась по t-критерию Стьюдента. Межгрупповое сравнение средних арифметических проводилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Результаты допплерографии свидетельствовали о нарушении гемодинамики в паренхиме яичка у пациентов (таблица 1), как у пациентов с косыми, так и с прямыми паховыми грыжами. Имело место снижение максимальной систолической и диастолической скорости кровотока. Наиболее заметно снижение кровотока происходило у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 1 – Изменение гемодинамических показателей в паренхиме яичек у пациентов с паховыми грыжами до операции

Исследуемые показатели	Контроль (н) (n=20)	Косые грыжи (кпр) (n=10)	Прямые грыжи (ппг) (n=10)	Межгрупповая достоверность различий (Р) н: кпг н: ппг кпг:ппг		
V max sist, см/с	11,96±0,75	6,8±0,56	3,4±0,48	<0,001	<0,001	<0,01
V max diast, см/с	3,65±0,11	2,4±0,12	1,65±0,04	<0,05	<0,01	<0,05
IR	0,64±0,03	0,64±0,02	0,51±0,03	>0,05	<0,05	>0,05

Таблица 2 – Изменение гемодинамических показателей в яичках после грыжесечения по Бассини

Исследуемые показатели	Прямые паховые грыжи (n=8)			Косые паховые грыжи (n=15)		
	До операции (М1±м)	После операции (М2±м)	Р (М1:М2)	До операции (М1±м)	После операции (М2±м)	Р (М1:М2)
V max sist, см/с	3,56±0,53	8,57±0,59	<0,001	6,3±0,36	8,46±0,74	<0,05
V max diast, см/с	1,62±0,23	2,65±0,41	<0,05	2,32±0,27	2,54±0,52	>0,05
IR	0,52±0,06	0,70±0,13	<0,05	0,61±0,07	0,70±0,63	>0,05

В послеоперационном периоде у пациентов с паховыми грыжами (таблица 2) отмечено увеличение скорости интратестикулярного кровотока. При этом у больных с прямыми паховыми грыжами установлено достоверное увеличение как систолической, так и диастолической скорости кровотока. В то же время наблюдалось увеличение индекса резистентности кровотока, что свидетельствует о компрессии элементов семенного канатика при формировании глубокого пахового кольца. Аналогичная ситуация отмечена и у пациентов с прямыми паховыми грыжами.

Выводы. При наружных паховых грыжах имеет место нарушение интратестикулярного кровотока, которое проявляется снижением систолической и диастолической составляющих.

Репозиторий ГрГМУ

Герниопластика по методике (Бассини) не приводит к полному восстановлению нарушенного интратестикулярного кровотока.

Литература

1. Харнас, С.С. Грыжи передней брюшной стенки (клиника, диагностика, лечение): учеб. Пособие / С.С Харнас, А.В. Самохвалов, Л.И. Ипполитов; под редакцией С.С. Харнаса - М.: «Русский врач», 2009. - 84 с.

2. Шляховский, И.А. Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки / И.А. Шляховский, И.А. Чекмазов // Абдоминальная хирургия. - 2002. - Т.04, вып.7. – С. 44-47.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМЕРНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ, НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Визгалов С.А.[1], Лис Р.Е.[2], Поплавская Е.А.[2], Страпко В.П.[1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[2]

Паховые грыжи являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний и составляют 50,7 – 75% в общей структуре наружных грыж живота [1, 3]. Несмотря на то, что на сегодняшний день известно около 600 способов и модификаций паховой герниопластики, остается много вопросов, связанных с проблемой хирургического лечения паховых грыж, о чем свидетельствует высокий уровень рецидивов заболевания. Поиски путей снижения количества рецидивов привели к разработке концепции ненатяжной пластики как более физиологичной [2]. За последние десятилетия широкое распространение получила герниопластика с применением аллопластических материалов. Наиболее широко в герниопластике используются основовязаные эндопротезы из полипропиленовых мононитей и политетрафторэтилена.

Подавляющее большинство работ в области герниологии посвящено изучению надежности того или иного способа, т.е уменьшению количества рецидивов. Несмотря на широкое распространение методик паховой герниопластики с применением аллопластических материалов абсолютно не изучен

Репозиторий ГрГМУ

вопрос влияния применения таких методик на фертильность оперированных мужчин. Отсутствуют также убедительные экспериментальные исследования.

Целью нашей работы явилось исследование влияния методики паховой герниопластики с применением в качестве аллопластических материалов полипропиленового и политетрафторэтиленового эндопротезов на фертильность самцов белых крыс.

Материалы и методы. В эксперименте по исследованию влияния методики паховой герниопластики с применением в качестве аллопластических материалов полипропиленового и политетрафторэтиленового эндопротезов на фертильность самцов были использованы беспородные белые крысы: 21 самец и 84 беременные самки. Из самцов было сформировано две подопытные группы, одна контрольная и одна интактная. В первой группе подопытных крыс (n=6) по разработанной нами методике проводили моделирование операции двухсторонней герниопластики с использованием полипропиленового эндопротеза. Во второй группе подопытных крыс (n=5) проводили моделирование двухсторонней герниопластики в соответствии с разработанной нами методикой с использованием политетрафторэтиленового эндопротеза. Самцам контрольной группы (n=5) герниопластику моделировали без использования эндопротезов, пластику проводили капроновой нитью. Самцы интактной группы (n=5) не подвергались никаким воздействиям. Для определения влияния методики паховой герниопластики с применением в качестве аллопластических материалов полипропиленового и политетрафторэтиленового эндопротезов на фертильность самцов подопытных групп спаривали с интактными самками спустя 1 месяц после проведения операции на протяжении 4 суток, так как через 30 дней происходит формирование зрелой соединительной ткани [2]. Самцов контрольной и интактной группы также спаривали с интактными самками в это же время. При этом каждого самца экспериментальных групп спаривали с четырьмя самками (для нивелирования индивидуальных особенностей самок).

Фертильность самцов определяли по наличию жёлтых тел беременности в яичниках самок.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и обсуждение. В результате подсадки самцов всех экспериментальных групп в течение 4 суток к интактным самкам все самки были оплодотворены, что подтверждалось наличием жёлтых тел беременности в их яичниках. Следовательно, методика паховой герниопластики с применением в качестве аллопластических материалов полипропиленового и политетрафторэтиленового эндопротезов на фертильность самцов отрицательного влияния не оказывает.

Выводы. Таким образом, методика паховой герниопластики с применением в качестве аллопластических материалов полипропиленового и политетрафторэтиленового эндопротезов не оказывает негативного влияния на фертильность самцов белых крыс, что даёт основание полагать о возможности применения её у пациентов различных возрастных групп репродуктивного возраста, которым необходима пластика пахового канала с использованием имплантата.

Литература

1. Борисов, Е.А. Современные методы лечения паховых грыж / А.Е. Борисов, С.Е. Митин // Вестн. хир. – 2006. - № 4. – С.20-23.

2. Влияние сетчатого имплантата на репродуктивную функцию при паховой герниопластике (экспериментальное исследование) / А.В. Протасов, Г.А. Кривцов, Л.М. Михалева [и др.] // Хирургия. - 2010. - № 8. - С. 28-32.

3. Егиев, В.Н. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики / В.Н. Егиев, Д.В. Чижов // Герниология. – 2004. - № 4. – С.3-7.

ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ОБМЕН γ-АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ПЕЧЕНИ

Виницкая А.Г., Черникевич Е.Ч.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) рассматривается как мультифункциональная молекула с разнообразными физиологическими эффектами во всех органах и тканях [1-3]. Помимо головного мозга, ГАМК и ферменты ее метаболизма были открыты в печени, спинном мозге, ганглиях автономной нервной системы, некоторых эндокринных железах [1]. В печени обнаружены $ГАМК_А$-ергические рецепторы, ГАМК-транспорные белки, а также и полный набор метаболизирующих

Репозиторий ГрГМУ

ферментов [2]. В последние годы в литературе ведется дискуссия о возможной роли ГАМК в печени как гепатопротекторного агента при алкогольной интоксикации [3]. На сегодняшний день достаточно изученным является состояние обмена ГАМК в отделах головного мозга подопытных животных при различных видах алкогольной интоксикации [4]. В то же время механизмы воздействия этанола на параметры метаболизма ГАМК в печени остаются еще невыясненными.

Целью исследования явилась сравнительная оценка состояния обмена ГАМК в печени крыс при разных режимах прерывистого введения растворов этанола.

Материалы и методы. Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах-самцах массой 150-200 г. При моделировании прерывистой алкогольной интоксикации в группе «ПАИ – 14 сут.» было использовано 2 цикла введения крысам 25% раствора этилового спирта (внутрижелудочно, 3,5 г/кг/сутки, 2 раза в сутки) по схеме «4 суток этанол + 3 суток отмены». В периоды отмены крысы не получали алкоголь. В группе «ПАИ – 28 суток» использовали аналогичную схему введения растворов этанола, однако количество циклов прерывистой алкоголизации было увеличено до 4-х. Контрольная группа была сформирована из животных, которым внутрижелудочно вводили эквиобъемные количества 0,9% раствора хлорида натрия согласно вышеуказанным схемам. Через 3 суток после последнего введения этанола и физиологического раствора крыс декапитировали, извлекали печень, которую замораживали в жидком азоте.

В гомогенатах печени определяли активности ГАМК-метаболизирующих ферментов: ГАМК-трансаминазы (ГАМК-Т), дегидрогеназы янтарного полуальдегида (ЯПА-ДГ), а также сукцинатдегидрогеназы (СДГ). Определение содержания аминокислот – ГАМК, глутамата и глутамина, производили методом ВЭЖХ. Концентрации аминокислот выражали в нмоль / грамм ткани. Содержание белка в гомогенатах печени определяли по Лоури. Достоверность различий между группами оценивали параметрическим методом с применением t критерия Стьюдента.

Результаты проведенных исследований показали, что

Репозиторий ГрГМУ

алкогольная интоксикация способна оказывать воздействие на метаболизм ГАМК не только в головном мозге, но и печени.

В печени крыс, подвергнутых 14 суткам ПАИ, было отмечено статистически значимое повышение активности ГАМК-Т в печени (на 30,7%, $p<0,05$), без существенных изменений в активности ЯПА-ДГ и СДГ. Высокая активность катаболизма ГАМК, однако, не сопровождалась изменением уровня самой ГАМК. Одновременно здесь выросли уровни глутамата (21,1%; $p<0,05$) и глутамина (на 12,1%; $p<0,05$), то есть аминокислот – основных предшественников ГАМК в головном мозге и в печени [2].

Режим прерывистой алкогольной интоксикации в группе «ПАИ – 28 сут.» характеризовался большей длительностью и интенсивностью воздействия. В печени этих животных значительное снижение активности ГАМК-Т (на 40,1%; $p<0,01$) сопровождалось статистически значимым уменьшением уровня ГАМК (на 40,2%; $p<0,05$) и повышением - глутамата на 43,8% ($p<0,05$). Наблюдаемые метаболические сдвиги в печени крыс, подвергнутых 4-м циклам ПАИ, напоминали изменения катаболизма ГАМК, отмеченные ранее в модели алкогольного абстинентного синдрома с использованием более высоких доз алкоголя [4]. Следовательно, наиболее длительный режим прерывистой алкогольной интоксикации может оказывать метаболические сдвиги в печени, аналогичные с интенсивной алкогольной экспозицией.

Выводы.

1. Прерывистое введение алкоголя оказывает воздействие на метаболизм ГАМК, содержание ГАМК и ее предшественников в печени, причем направленность этих изменений определяется частотой и длительностью ПАИ.
2. Характерной особенностью режима «ПАИ – 14 суток» явилась активация катаболизма ГАМК в печени на фоне повышения концентраций предшественников этой аминокислоты. При увеличении продолжительности ПАИ до 28 суток катаболизм ГАМК в печени был угнетен на фоне повышения уровней ГАМК и глутамата.
3. Полученные данные о нарушениях метаболизма ГАМК при ПАИ могут свидетельствовать о неспецифической адаптации клеток печени к данному типу воздействия. В практической

Репозиторий ГрГМУ

наркологии они могут найти применение при разработке новых методов лечения алкогольной зависимости и направленной метаболической коррекции выявленных метаболических сдвигов.

Литература

1. Tillakaratne, N.J. Gamma-aminobutyric acid (GABA) metabolism in mammalian neural and nonneural tissues / N.J. Tillakaratne, [et al] // Comp. Biochem. Physiol. A. Physiol. – 1995. – Vol. 122, N 2. – P. 247-267.

2. Involvement of gamma-aminobutyric acid transporter 2 in the hepatic uptake of taurine in rats / S. Ikeda, [et al.] // Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol. – 2012. – Vol. 303, N 3, P. 291-297.

3. Protective effect of gamma-aminobutyric acid (GABA) against cytotoxicity of ethanol in isolated rat hepatocytes involves modulations in cellular polyamine levels / T. Norikura, [et al] // Amino Acids. - 2007. – Vol. 32, N 3. – P. 419-423.

4. Сравнительная характеристика обмена гамма-аминомасляной кислоты в головном мозге и печени крыс при синдроме отмены этанола / А.Г. Виницкая, [и др.] // Весці НАН Беларусі. Сер. мед. навук. – 2009. - № 3. – С. 27-30.

ОЦЕНКА ИНТЕРВАЛА Q-T У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ

Виноградова Т.А., Виноградов С.В., Волков В.Н., Варнакова Г.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является распространенным заболеванием, встречаясь у 5–7% мужчин и 1–3% женщин старше 40 лет. Летальность от ХОБЛ увеличивается во всем мире и по прогнозам экспертов ВОЗ к 2020 г. займет 3-е место среди всех причин смерти.

При ХОБЛ под влиянием внешних и внутренних факторов происходит хроническое ограничение скорости воздушного потока, в основе которого лежат механизмы хронического нейтрофильного воспаления в бронхах, паренхиме легких с последующей ее деструкцией и редукцией сосудистого русла. Активация воспалительных клеток при ХОБЛ сопровождается выбросом медиаторов, включая мощные протеиназы, оксиданты и токсические пептиды, которые вызывают персистенцию воспаления и разрушают структуру паренхимы легких при наличии дисбаланса в системе протеиназ–антипротеиназ. Найденные в выдыхаемом воздухе и моче больных ХОБЛ маркеры оксидативного стресса, а также повышенная

Репозиторий ГрГМУ

концентрация циркулирующих цитокинов, активация лейкоцитов периферической крови или клеток-предшественников в костном мозге доказывают системность воспаления при данном заболевании. Поэтому в определении ХОБЛ, данным в редакции программы GOLD 2008, появились положения, согласно которым ХОБЛ – заболевание, имеющее системные проявления. К основным системным проявлениям ХОБЛ относятся снижение питательного статуса, дисфункция скелетных мышц, остеопороз, анемия и сердечно-сосудистые эффекты. Основным и изученным сердечно-сосудистым осложнением ХОБЛ является легочная гипертензия, развивающаяся вследствие вазоконстрикции, ремоделирования легочных артерий с утолщением сосудистой стенки и уменьшением просвета сосуда, деструкции легочных капилляров при эмфиземе. Признаки легочной гипертензии выявляются на III-IV стадии ХОБЛ, приводя к развитию хронического легочного сердца (ХЛС), являющегося предиктором риска смерти больных с ХОБЛ. В связи с этим, интересными представляются факты, полученные в крупных эпидемиологических исследованиях D.J. Hole и соавт., NHNES III, показавших, что ведущей причиной летальности больных ХОБЛ является не дыхательная недостаточность, как традиционно принято считать, а сердечно-сосудистые события. Исследование Lung Health Study, в котором 5 лет проводилось наблюдение за 5887 больными ХОБЛ легкого и среднетяжелого течения, продемонстрировало, что доля сердечно-сосудистых событий в общей структуре летальности составила 25%, среди причин первой госпитализации – 42%, второй госпитализации – 48%. При снижении ОФВ1 на каждые 10% риск сердечно-сосудистой летальности возрастал на 28%, риск нефатальных коронарных событий – на 20%. Таким образом, сердечно-сосудистые события, развивающиеся на разных стадиях ХОБЛ и приводящие к смерти, имеют различные патогенетические механизмы.

Целью нашего исследования явилась оценка корригированного интервала Q-T и дисперсии интервала Q-T как предиктора риска внезапной смерти у пациентов с ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование включено 12 пациентов (9 мужчин и 3 женщины) с ХОБЛ в фазе обострения,

Репозиторий ГрГМУ

проходивших лечение в отделении пульмонологии УЗГКБ № 2 г. Гродно, в возрасте от 54 до 83 лет. Средний возраст составил 68,83±7,59 года. По степени тяжести основного заболевания пациенты распределились следующим образом: 5 человек – ХОБЛ II стадии (41,6%), 5 – ХОБЛ III стадии (41,6%), 2 – IV стадии (16,7%). У всех обследованных пациентов ХОБЛ сочеталась с кардиальной патологией: у 8 – с ИБС (66,7%), у 3-с ИБС и ХЛС (25%), у 1- с ХЛС (8,3%). Стадии ХОБЛ оценивались по данным спирограмм с учетом ОФВ1 и индекса Тиффно. Всем пациентам снималась ЭКГ на аппарате Поли-Спектр – 8Е/8В с автоматизированным определением корригированного интервала Q-T и дисперсии интервала Q-T. Лечение пациентов проводилось согласно Клиническим протоколам МЗ РБ.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования удлинение корригированного интервала Q-T и дисперсия интервала Q-T более 70 мс выявлено у одного пациента (8,3%) с ХОБЛ II стадии и очаговым кардиосклерозом, дисперсия интервала Q-T более70 мс без удлинения корригированного интервала Q-T определена у пациента с декомпенсированным хроническим легочным сердцем, что составило 8,3% от общего числа обследованных.

Таким образом, в сумме изменения интервала QT и его дисперсия наблюдались лишь у 2 из 12 обследованных пациентов. Значимой зависимости анализируемых показателей от степени выраженности дыхательной недостаточности выявлено не было. Отсутствовала также взаимосвязь между электрической систолой сердца, её дисперсией и стадией хронического лёгочного сердца.

Изменения интервала QT и дисперсия реполяризации определяют асинхронизм процессов возбуждения в миокарде, что может быть результатом сопутствующих заболеваний сердца или влиянием лекарственной терапии ХОБЛ (кларитромицин, азитромицин, флюконазол, и др.).

Заключение. Больным ХОБЛ требуется контроль за состоянием интервала QT при наличии сопутствующей кардиальной патологии, а также при назначении антибактериальных и противогрибковых препаратов, влияющих на длительность периода реполяризации желудочков сердца.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. COLD. Guidelines, 2008. [Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких].

2. Бутаев, Т.Д., Трешкур, Т.В., Овечкина, М.А., Порядина, И.И., Пармон, Е.В. Врожденный и приобретенный синдром удлиненного интервала QT: учебно-методическое пособие / Т.Д. Бутаев, Т.В. Трешкур, М.А. Овечкина, И.И Порядина, Е.В. Пармон: – С-Пб: ИНКАРТ, 2002. – 48 с.

ФАКТОРЫ РИСКА АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ

Войтукевич Н.М.[1], Ганчар Е.П.[2], Лазаревич С.Н.[1], Семенцова С.В.[1], Геращенко Н.В.[1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[2]

Актуальность. Аспирационный синдром – осложнение у новорожденного, возникающее в результате гипоксии плода во время родового акта. Аспирационный синдром занимает 7-е место (2,5%) среди причин ранней неонатальной смертности новорожденных. В последние годы отмечается тенденция к снижению количества детей, умерших от аспирационного синдрома. Прежде всего эти изменения следует связать с внедрением новых мониторных методов контроля состояния плода во время родов, а также увеличением частоты кесарева сечения, выполняемого по различным показаниям. Средняя частота аспирационного синдрома, по данным разных авторов, колеблется от 2 до 3%.

В УЗ «ГКБСМП г. Гродно» частота аспирационного синдрома новорожденных составляет 0,2-0,3%.

Несмотря на современные подходы к ведению беременности и родов, аспирационный синдром новорожденных остается актуальной проблемой в акушерстве.

Цель исследования - определить возможные факторы риска развития аспирационного синдрома новорожденных.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ течения беременности и родов у 22 пациенток, роды у которых закончились рождением

Репозиторий ГрГМУ

детей с аспирационным синдромом. Проведен анализ амбулаторных карт, историй родов, историй развития новорожденных, протоколы гистологического исследования плацент. Данные, полученные в результате исследований, подвергались статистическому анализу с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток, роды у которых закончились рождением детей с аспирационным синдромом, составил 25,4±2,3 лет. Среди данной категории пациенток 12 (54,6%) были первобеременные, 6 (27,3%) повторнобеременные первородящие и 4 (18,2%) повторнородящие. У всех пациенток, включенных в анализ, роды произошли в головном предлежании.

У 20 (90,9%) женщин роды были своевременными, у 2 (9,1%) - запоздалыми. У 6 (27,3%) беременных в анамнезе имело место воспаление придатков матки, у 3 (13,6%) дисфункция яичников. Экстрагенитальная патология у обследованных пациенток была выявлена в 72,7% случаев. Заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены в 31,8%, в частности, артериальная гипертензия (18,2%), нейроциркуляторная дистония (13,6%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (27,3%); заболевания эндокринной системы (27,3%), в частности, ожирение (22,7%); заболевания почек (20%), хронические заболевания органов дыхания (4,6%). При анализе течения беременности выявлено, что 8 (36,4%) пациенток получали лечение по поводу угрозы прерывания беременности в I и II триместрах, 6 (27,3%) – по поводу анемии, 5 (22,7%) – по поводу урогенитальной инфекции. 90,9% женщин перенесли острую респираторную инфекцию во время беременности. Задержка внутриутробного развития плода имела место у 10 (45,5%) беременных. Течение беременности у 14 (63,6%) женщин основной группы осложнилось гестозом, в том числе у 8 (36,6%) – легкой степени, у 4 (18,2%) – II степени и у 2 (9,1%) – III степени тяжести. Фетоплацентарная недостаточность имела место у 14 (63,6%) пациенток: компенсированная форма – у 3 (13,6%), субкомпенсированная - у 10 (45,5%) и декомпенсированная - у 1 (4,6%).

У 13 (59,1%) пациенток роды произошли через

Репозиторий ГрГМУ

естественные родовые пути. Оперативно родоразрешены 11 (50%) женщин: кесарево сечение – у 9 (40,9%), вакуум-экстракция плода – у 2 (9,1%). Основными показаниями к кесареву сечению явились аномалии родовой деятельности – у 4 (18,2%), прогрессирование признаков хронической гипоксии плода в родах – у 2 (9,1%), клинически узкий таз – у 2 (9,1%), и длительно текущий гестоз – у 1 (4,6%) роженицы. В ряде случаев имели место комплексные показания со стороны как матери, так и плода. Течение родов осложнилось несвоевременным излитием околоплодных вод – у 17 (77,3%) рожениц, слабостью родовой деятельности – у 8 (36,4%), дискоординированной родовой деятельностью – у 2 (9,1%). У 10 (45,5%) длительно (от 4 до 9 ч) применялись утеротонические средства с целью родовозбуждения и родостимуляции. Обвитие пуповины вокруг шеи имело место у 21 (95,5%) новорожденного. Общая продолжительность родов составила 9 ч 25 мин ± 30,25 мин.

При анализе гистологического исследования плацент признаки плацентита выявлены у 15 (68,2%) пациенток.

Состояние детей при рождении потребовало реанимационных мероприятий и лечения в палате интенсивной терапии. Всем новорожденным проводилась санация верхних дыхательных путей с отсасыванием содержимого трахеи. Масса новорожденных составила 3650±394 г. Крупный плод выявлен в 6 (27,3%) случаях. С оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов родились 7 (31,8%) детей, 6/8 баллов – 13 (59,1%), 5/ИВЛ баллов – 1 (4,6%) и 4/ИВЛ балла – 1 (4,6%) ребенок. Концентрация водородных ионов (pH) в вене пуповины у новорожденных составила в среднем 7,15±0,02, в артерии пуповины - 7,12±0,08. Парциальное напряжение углекислого газа (pCO2) 46,11±0,1 мм рт. ст., кислорода (pO2) 20,35±0,21. Дефицит оснований (BE) - 14,83±0,3. Гипоксическое поражение ЦНС имело место у 9 (40,9%) новорожденных, гипоксически-травматическое – у 2 (9,1%). В раннем неонатальном периоде диагноз аспирации мекония подтвержден рентгенологически. С признаками внутриутробного инфицирования родились 17 (77,3%) новорожденных. Из всех новорожденных этой группы только 5 (22,7%) детей были выписаны домой на 8-12-е сутки после рождения, остальные 17 (77,3%) на 2-5-е сутки жизни

Репозиторий ГрГМУ

переведены в детскую клиническую больницу.

Вывод. Учитывая полученные данные, можно выделить факторы, которые потенциально опасны для новорожденного развитием аспирационного синдрома. Факторы можно разделить на антенатальные и интранатальные. К антенатальным факторам относятся острые респираторные заболевания, перенесенные во время беременности, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, гипотрофия плода, крупный плод. Интранатальные факторы - несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, длительное применение утеротонических свойств, обвитие пуповины.

Литература

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 400с.

2. Сидорова, И.С., Эдокова А.Б., Макаров И.О. и др. О риске развития аспирационного синдрома у новорожденных // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 3. С. 13-16.

3. Хан, Дж., Кароткин Э. Отдельные случаи патологии новорожденных. Справочник калифорнийского университета / пер. с англ.; под редакцией К. Нисваидера и А. Эванса. - М.: Практика, 1999. 704 с.

4. Абрамченко, В.В., Киселев А.Г., Орлова О.О. и др. Ведение беременности и родов высокого риска. М.: Медицинское информационное агентство, - 2004. - 400 с.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ

Волков В.Н., Лопухова А.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной онкологии, занимая ведущее место по показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в женской популяции. Характерными особенностями РМЖ являются высокий темп прироста и территориальная неравномерность заболеваемости во всем мире. Именно поэтому большое значение приобретают онко-эпидемиологические исследования, проведение которых позволяет выявить факторы риска, оказывающие влияние на развития данного заболевания [1].

Репозиторий ГрГМУ

По итогам проекта ПРООН «Повышение уровня безопасности человека на территориях, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» в наиболее уязвимом положении находятся жительницы удалённых сельских населённых пунктов на загрязнённой территории. В рамках проекта все женщины 40-69 лет, проживающие в Брагинском и Чечерском районах, получили возможность регулярно обследоваться на рак молочной железы. На протяжении 2010-2012 годов было обследовано 2020 женщин. Патология молочных желез выявлена у 28,3%. Структура заболеваемости была представлена следующими формами: рак (0,3%), фиброаденома (3,0%), липома (1,3%), киста (3,0%), диффузная мастопатия (14,1%).

Целью исследования - выявление заболеваемости молочной железы в группе лиц, проживающих в городских условиях с низким уровнем радиационного.

Материал и методы. У 128 сотрудниц ОАО «Беларусбанк» г. Гродно в возрасте от 20 до 65 лет проводилось скрининговое ультразвуковое исследование молочных желез. Обследование проводилось по стандартной методике линейным датчиком с частотой 10 МГц на аппарате «Aloka SSD-3500».

Результаты исследования. У 31% лиц представленной группы были выявлены патологические изменения молочных желез. В 1 случае (0,8%) был диагностирован рак, подтверждённый морфологически. Остальная патология была представлена в виде фиброаденом (3,9%), липом (2,3%), кист (7,0%) и диффузной мастопатии (17,2%). В возрастной группе 40-65 лет (n=81) заболеваемость соответственно изменилась: рак (1,2%), фиброаденома (2,5%), липома (3,7%), киста (6,2%), диффузная мастопатия (19,7%).

Полученные данные свидетельствуют о неоднозначности вклада ионизирующего излучения в патогенез развития рака молочной железы. По литературным данным ионизирующая радиация служит фактором риска развития рака молочной железы преимущественно у молодых женщин. Так, заболеваемость существенно выше среди женщин, которые до 30 лет неоднократно подвергались рентгеноскопии (2-3 Гр) или лучевой терапии по поводу лимфогранулематоза (свыше 36 Гр). В то же время после 30 лет облучение, по-видимому, почти не

Репозиторий ГрГМУ

влияет на риск заболевания [2].

Единственным «естественным» фактором риска, многократно увеличивающим заболеваемость раком молочной железы, является возраст, особенно начиная с 50 лет. Именно поэтому в странах с общенациональным маммографическим скринингом нижний возрастной пик определён в 50 лет, а верхний - в 69 лет [1].

Изучение этиопатогенеза рака молочной железы указывает, на многофакторность причин возникновения. Известно, что высокий социально-экономический уровень ассоциируется с повышенным риском заболеваний молочных желез (диета, позднее рождение первого ребёнка и т.д.). Повышается риск возникновения мастопатий и рака молочных желез под влиянием таких неблагоприятных факторов, как отсутствие беременности или поздняя первая беременность, отсутствие, короткий или очень продолжительный период грудного вскармливания ребёнка [3].

Важным вопросом теперь является относительный вклад самого скрининга в зарегистрированное уменьшение смертности. Установление связи со скринингом не является простым, так как в некоторых странах с программами скрининга снижение смертности началось до внедрения скрининга, и это уменьшение имело место также в нескринированных возрастных группах и в странах, где национальные программы скрининга отсутствуют вовсе. Это наблюдение поднимает вопросы о потенциальном вкладе других факторов, влияющих на смертность от рака молочной железы, особенно усовершенствования лечения. Таким образом, проблемой для исследователей в этом аспекте является вычленение относительных вкладов скрининговых и нескрининговых факторов в регистрируемое снижение смертности [4].

Литература

1. Скрининг рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.В. Семиглазов // Практическая онкология. – 2010. – № 2. – С. 60-65.

2. Randomized clinical trials for cancer screening: rationale and design consideration for imaging tests / W. Black // J. Clin. Oncol. – 2006. – Vol. 24. – P. 3252-3260.

3. Диагностика заболеваний молочных желез / В.Н. Серов, Т.Т. Тагиева, В.Н. Прилепская // Гинекология. – 1999. – № 2. С. 36-39.

4. Women‘s anxieties caused by false positives in mammography screening: a contingent valuation survey / Ide H. Yasunaga, T. Imamura T. [et al.] // Breast Cancer Res Treat. – 2007. – Vol. 8. – P. 235-244.

Репозиторий ГрГМУ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Волкова М.П.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Расстройства питания – патологические состояния, развивающиеся в результате недостаточного или избыточного поступления и/или усвоения питательных веществ. Расстройства питания характеризуются нарушением физического развития, метаболизма, иммунитета, морфофункционального состояния внутренних органов и систем организма.

В МКБ 10 дефицит питания обозначается термином белково-энергетическая недостаточность (БЭН).

Согласно МКБ -10, в группу расстройств питания включены следующие рубрики:

E40–46 – белково-энергетическая недостаточность (гипотрофия: пренатальная, постнатальная).

E50–64 – другие недостаточности в питании (недостаточность витаминов и микроэлементов).

E65–68 – ожирение и другие виды избыточности питания.

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) – алиментарнозависимое состояние, вызванное преимущественным белковым и/или энергетическим голоданием достаточной длительности и/или интенсивности. БЭН проявляется комплексным нарушением гомеостаза в виде изменения основных метаболических процессов, водно-электролитного дисбаланса, изменения состава тела, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции ЖКТ и других органов и их систем. Воздействие БЭН на активно растущий и развивающийся детский организм особенно неблагоприятно. БЭН вызывает существенную задержку физического и нервно-психического развития ребёнка, вследствие чего возникают нарушения иммунологической реактивности и толерантности к пище [1].

Цель исследования - оценить клинические особенности белково-энергетической недостаточности у детей, находящихся на стационарном лечении в детской областной клинической больнице.

Репозиторий ГрГМУ

Материалы и методы. Под наблюдением в УЗ «ГОДКБ» находилось 95 детей с БЭН в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Основную массу пациентов составили дети раннего возраста. В возрасте до 1 года было 85,3% детей; 1-3 года – 9,3%; 4-6 лет – 1,1%; 7-11лет – 1,1%; 12-17 лет – 3,2% детей. С БЭН: I степени было 24 (25,3%) ребенка; II степени – 41 (43,2%); III степени – 30 (31,5%) детей. По половому составу группы не отличались.

Дети были направлены на стационарное лечение по поводу различных заболеваний: заболевания органов дыхания отмечались у 46 % пациентов, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 26%, заболевания центральной и периферической нервной системы – у 16%, заболевания сердечно-сосудистой системы – у 7%, заболевания почек – у 5% пациентов.

Причинами БЭН являлись алиментарные погрешности – у 15,8% детей; целиакия – у 8,4% пациентов; ферментопатии – у 6,3% детей; мальабсорбция и лактазная недостаточность – у 5,3% пациентов соответственно. Пищевая аллергия выявлена у 31,6% пациентов.

Всем детям проводили комплекс клинических и параклинических обследований, включающий ОАК, ОАМ, БАК, исследование уровня аглиадиновых антител, уровень IgE, гликемическую кривую с молоком, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, копрологическое исследование.

Результаты. В результате проведенных обследований выявлены: анемия легкой степени у 49,5% детей; анемия средней степени – у 8,4% детей; тяжелой степени – у 1,1% пациентов. При биохимическом исследовании крови у 24,4% пациентов выявлено снижение общего белка, у 4,2% – увеличение общего белка, в 49,5% случаев показатель был в пределах возрастной нормы. У 20% пациентов абсолютное число лимфоцитов было понижено, что характерно для тяжелой белково-энергетической недостаточности. У 80,0% детей абсолютное число лимфоцитов было в пределах нормы.

Все пациенты получали лечебное питание. Дети 1 года жизни в 13,6% случаев получали смесь Альфаре, смесь Фрисопеп и Беллакт Соя – в 7,4% случаев; смесь Беллакт ГА получали 5,3% детей.

Детям старше 1 года назначалась гипоаллергенная диета,

Репозиторий ГрГМУ

безмолочная диета или аглиадиновый стол, в зависимости от причины белково-энергетической недостаточности. Кроме этого, пациенты получали медикаментозное лечение: ферментные препараты – в 82,1% случаев; пробиотики – в 52,6%; карнитина хлорид – в 36,9%; антибиотики – в 36,8%; инфузионная терапия и парентеральное питание проводились у 49,5% пациентов.

За время пребывания в стационаре все дети прибавили в массе тела. Среднесуточная прибавка массы тела у детей до 1 года с БЭН I степени составила 7 г/кг, с БЭН II степени – 9 г/кг, с БЭН III степени – 7 г/кг.

С улучшением выписано 96,8% пациентов.

Средний койко/день составил: для пациентов с БЭН I степени – 10,1±2,2; БЭН II степени – 17,3±3,1; БЭН III степени – 36,4±5,6.

Выводы.

1. В педиатрический стационар чаще всего дети поступают с БЭН II степени.
2. БЭН встречается с одинаковой частотой у девочек и у мальчиков.
3. Наиболее частыми причинами БЭН являлись алиментарные погрешности, синдром нарушенного всасывания, ферментопатии, целиакия.
4. Во время пребывания в стационаре все пациенты получали комплексное лечение, после проведения которого 96,8% детей выписаны с улучшением.
5. Длительность лечения в стационаре зависит от тяжести БЭН.

Литература

1. Скворцова, В.А. Нарушения питания у детей раннего возраста / В.А. Скворцова О.К. Нетребенко Т.Э. Боровик // Лечащий врач. - 2011. - № 1. – С. 16-20.

ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Волкова М.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Неспецифический реактивный гепатит – вторичный гепатит, отражающий реакцию печеночной ткани на внепеченочное

Репозиторий ГрГМУ

заболевание или очаговое заболевание печени. Это вторичный гепатит, наблюдающийся при большом числе заболеваний, имеющий синдромное значение, характеризующийся тождественными морфологическими изменениями печени при различных заболеваниях.

Термин *неспецифический реактивный гепатит* был предложен в 50-х годах F. Schaffner и H. Popper, которые описали воспалительные изменения печени при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Неспецифический реактивный гепатит может выявляться как начальная клинико-морфологическая стадия поражения печени под влиянием экзогенных повреждающих факторов. Неспецифический реактивный гепатит вызывается рядом эндогенных и экзогенных факторов и представляет собой одно из распространенных повреждений печени [1, 2].

Клиническое течение неспецифического реактивного гепатита [2] у большинства больных бессимптомное. Иногда отмечаются слабость, тяжесть и нерезкая боль в правом подреберье. Наблюдаются умеренное увеличение печени, в ряде случаев болезненность при пальпации. Функциональные пробы чаще не изменены; возможны незначительная гипербилирубинемия, повышение активности аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, нерезкая диспротеинемия.

Диагностика заболевания представляет определенные трудности, учитывая необходимость в исключении хронических гепатитов различной этиологии.

Целью нашего исследования явилось выявление клинических особенностей реактивного гепатита у детей с хронической гастродуоденальной патологией.

Диагноз неспецифического реактивного гепатита ставился на основании клинических и параклинических методов исследования, с учетом жалоб, анамнеза заболевания, перенесенных заболеваний, полученной накануне медикаментозной терапии.

Специфический симптомокомплекс для данного заболевания выявлен у 43 из 3900 детей (1,1%), пролеченных в клинике по поводу заболеваний органов пищеварения. Среди группы обследованных мальчики составили 30,2% (13 человек), девочки - 69,8% (30 человек). В возрасте от 3 до 6 лет было 8 детей (18,6%), 7-11 лет – 18 детей (41,9%), 12-17 лет – 17 детей (39,5%).

Репозиторий ГрГМУ

По нозологическим формам основного заболевания дети распределились следующим образом: язвенная болезнь 12-перстной кишки – 4 ребенка (9%), эрозивный гастродуоденит – 3 человека (7%), хронический гастродуоденит – 16 детей (37%), хронический панкреатит – 6 детей (14%), хронический холецистохолангит – 8 детей (19%), пищевая аллергия – 5 человек (12%), целиакия – 1 ребенок (2%).

У 40% детей наблюдалось сочетание основного заболевания с дискинезией желчевыводящих путей.

Дети предъявляли жалобы на нарушение аппетита (78%), тошноту (70%), рвоту (65%), нарушение сна (50%), потливость (48%), неустойчивый стул (36%). У 30% детей отмечалась болезненность в правом подреберье, у 12% - небольшая иктеричность кожи и склер.

При клиническом и ультразвуковом исследовании увеличение размеров печени выявлено у 63% детей, увеличение размеров поджелудочной железы – у 16%.

Маркеры вирусного гепатита у детей наблюдаемой группы не были выявлены.

Для индикации цитолиза, печеночно-клеточных повреждений, холестаза и нарушения синтетической функции печени всем детям проводили неоднократное исследование аминотрансфераз сыворотки крови- (АсАТ и АлАТ), щелочной фосфатазы, белков сыворотки крови, общего билирубина и билирубиновых фракций, подсчитывали коэффициент де Ритиса (соотношение АсАТ/АлАТ).

Установлено, что у детей исследуемой группы отклонений в показателях билирубина, щелочной фосфатазы и белков сыворотки крови не выявлено.

У 81,4% детей отмечалось повышение АлАТ в 1,8 раза, у 76,7% - повышение АсАТ в 1,9 раза, причем у 54% детей было выявлено повышение как АлАТ, так и АсАТ. Коэффициент де Ритиса составил в среднем 1,06±0,08, при норме 1,33 ($p<0,05$).

Лечение пациентов с неспецифическим реактивным гепатитом (с учетом активности трансаминаз крови) включало:

1. Соблюдение режима с исключением физических нагрузок.

Репозиторий ГрГМУ

2. Соблюдение гипоаллергенной диеты (преимущественно отварная, полноценная пища), с учетом индивидуальных привычек, переносимости пищевых продуктов, сопутствующих заболеваний.

3. Проведение медикаментозной терапии: исключались гепатотоксические лекарства, энтеросорбенты (внутрь) с учетом показаний и противопоказаний, нивелирование дисбиоза толстой кишки, гепатопротекторы, витамины (С, В, Е).

4. Дифференцированное использование медикаментозной и иной терапии с учетом выраженности заболевания (заболеваний) органов пищеварения и т.д.

К моменту клинической ремиссии на 14-15-е сутки уровни аминотрансфераз возвращались к норме, исчезали жалобы, размеры печени возвращались к норме.

Таким образом, неспецифический реактивный гепатит встречается у 1,1% детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта, вдвое чаще отмечается у девочек, в 80% случаев у детей старше 7 лет, протекает с нерезкими изменениями клинических и лабораторных показателей, имеет доброкачественное течение.

Литература

1. Ивашкин, В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Издат. дом "М-Вести", - 2005. - 536 с.

2. Подымова, С.Д. Болезни печени. М.: Медицина, - 1998. - 704 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВОГО ПРЕПАРАТА СИНГЛОН У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Волкова О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Неотъемлемой частью лечения бронхиальной астмы у детей является фармакотерапия. Все препараты для медикаментозного лечения астмы делятся на два вида: препараты неотложной помощи и препараты базисной терапии. В настоящее время доказано, что наиболее эффективными препаратами для контроля бронхиальной астмы являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). Они показаны всем больным с

Репозиторий ГрГМУ

персистирующим течением БА.

В международных рекомендациях GINA (Глобальная инициатива по лечению астмы, 2009) в качестве препаратов для базисной терапии рекомендуются ИГКС, ß2-агонисты длительного действия и антилейкотриеновые препараты.

Применение антилейкотриеновых препаратов сегодня рассматривают как альтернативный метод терапии бронхиальной астмы, позволяющий снизить объем гормональной терапии благодаря воздействию на лейкотриеновый путь развития воспаления, на который не влияют ИГКС, обеспечить высокую приверженность пациентов лечению и достичь стойкой и длительной ремиссии.

По нашим клиническим наблюдениям применение антилейкотриеновых препаратов в сочетании с ИГКС обосновано при проведении комплексной базисной терапии бронхиальной астмы среднетяжелой и тяжелой степени тяжести.

При применении ИГКС не всегда удается достичь полного контроля над среднетяжелой и тяжелой астмой при проведении монотерапии ИГКС в стандартных для возраста дозировках. Альтернативным решением является назначение комбинированных препаратов, состоящих из ИГКС и в-2 агонистов длительно действия, например, таких препаратов, как «Серетид» и «Симбикорт». Это позволяет уменьшить дозировку ИГКС и достичь дополнительного контроля над астмой.

Однако существует категория больных, у которых комбинированные препараты вызывают нежелательные побочные действия. В нашей клинической практике наблюдались пациенты, у которых отмечались боли в грудной клетке, тошнота, неприятный вкус во рту, головокружение при применении низких доз ИГКС в сочетании с пролонгированными ß2-агонистами. Вследствие этого дальнейшее применение этих препаратов было невозможно и прием был приостановлен.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность применения антилейкотриенового перпарата «Синглон» 5 мг у детей с бронхиальной астмой, принимавших и не принимавших ИГКС.

В исследовании принимали участие дети в возрасте 6-15 лет, имеющие верифицированный диагноз бронхиальная астма.

Репозиторий ГрГМУ

Все пациенты были разделены на 2 группы:

1 группа – пациенты с легкой персистирующей астмой, которые в последние 6 месяцев не получали ИГКС в качестве базисной терапии.

2 группа – пациенты со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой, которые в качестве базисной терапии постоянно использовали в последние 6 месяцев ИГКС (средние возрастные дозировки) либо комбинированную терапию низких возрастных доз ИКГС в сочетании с пролонгированными ß2-агонистами.

Всем пациентам назначался «Синглон» – 5 мг в сутки в течение 1 месяца, ß2-агонисты короткого действия по потребности. У больных второй группы также использовались низкие возрастные дозы ИГКС 2 раза в сутки.

У пациентов проводили исследование функции легких на 1, 14 и 30 сутки применения препаратов. Показатели кривой поток-объем включали ОФВ1 и объемные скорости выдоха – МОС 25%, 50%, 75%. Статистическую обработку полученных данных проводили по t-критерию Стьюдента.

Полученные результаты показали, что в процессе приема «Синглона» у пациентов первой группы, не получавших ИГКС, прирост ОФВ1 составил 9% через 14 суток и достиг статистически достоверных различий к концу 1-го месяца ($p<0,05$) (табл. 1). У пациентов второй группы, которые получали низкие возрастные дозы ИГКС в сочетании с препаратом «Синглон», среднее значение ОФВ1 практически не менялось в течение всего срока наблюдения. Показатели МОС 25%, МОС 50% и МОС 75% улучшились в обеих группах больных по сравнению с исходным значением ($p<0,05$), во второй группе пациентов показатель МОС 25% - недостоверен (табл.).

Также клиническая эффективность применения препарата «Синглон» оценивалась по частоте применения пациентами ß2-агонистов короткого действия. Так, в первой группе пациентов кратность применения ß2-агонистов короткого действия для купирования симптомов бронхиальной астмы к 30 дню уменьшилась в среднем в 2,6 раза по сравнению с началом исследования. Во второй группе кратность применения препаратов для купирования симптомов астмы существенно не изменилась.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица - Динамика параметров кривой поток-объем в процессе терапии детей с бронхиальной астмой (%)

Группа 1(n=12)	Показатели кривой поток-объем			
	ОФВ1,%	МОС 25,%	МОС 50,%	МОС 75,%
1 сутки	68,1±6,3*	70,8±9,3*	65,3±7,8*	63,9±9,0*
14 сутки	77,5±7,8	82,7±8,8	72,6±8,2	70,2±7,9
30 сутки	88,4±7,1*	90,2±7,9*	88,3±8,5*	85,5±7,6*
Группа 2 (n=10)				
1 сутки	83,3±8,6	75,6±8,9	72,4±8,6*	70,7±6,9*
14 сутки	88,6±7,7	79,6±7,9	84,2±9,2	83,3±7,4
30 сутки	87,4±7,4	86,1±8,3	92,9±7,7*	93,6±8,8*

* $p<0,05$ – по сравнению с исходным

В процессе проводимой терапии побочных нежелательных реакций нами отмечено не было.

Таким образом, результаты, полученные в ходе исследования, позволяют предположить, что антилейкотриеновый препарат «Синглон» эффективен в качестве базисной терапии бронхиальной астмы в детском возрасте. Он может применяться в качестве монотерапии легкой персистирующей астмы, а также в составе комплексной терапии среднетяжелой и тяжелой персистирующей БА у детей.

МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ И ХАРАКТЕР ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОРОФАРИНГИАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

Волосач О.С.[1], Черняк Л.К.[2], Кузьмич И.А.[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]

УЗ «Гродненская областная инфекционная больница»[2]

Актуальность. В настоящее время отмечено значительное возрастание хронических воспалительных заболеваний (ХВЗ), вызванных условно-патогенными микроорганизмами (УПМ). Одной из причин хронизации инфекционных заболеваний является их полиэтиологичность [1, 2]. Хроническую патологию, нередко, вызывают целые группы возбудителей, создающие микробопаразитоценозы – сообщества микроорганизмов [3]. ХВЗ, вызванные сообществом УПМ, характеризуются частыми

Репозиторий ГрГМУ

рецидивами, резистентностью к проводимой терапии, требуют для лечения все большего и большего количества противомикробных препаратов, нанося экономический ущерб как персонально пациенту, так и государству в целом. Поэтому изучение взаимодействия микроорганизмов между собой и их влияния на организм в целом представляется нам актуальным для обоснования комплексной рациональной терапии ХВЗ.

Цель. Изучить микробный пейзаж ротоглоточной слизи при хроническом орофарингиальном кандидозе и характер взаимодействия микроорганизмов.

Методы исследования. Нами обследованы 27 пациентов с диагнозом хронический орофарингиальный кандидоз. Все пациенты в течение длительного времени (от 1 года до 3 и более лет), неоднократно проходили курсы лечения, однако заболевание рецидивировало вновь.

Клиническое обследование пациентов проводилось на базе УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» и включало опрос пациента (жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, эпидемиологический анамнез, аллергологический анамнез), а также объективный осмотр. Диагноз заболевания выставлялся с учетом данных анамнеза, общеклинических методов исследования, результатов лабораторного обследования.

Микробиологические исследования проводились на базе бактериологической лаборатории УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Исследуемым материалом являлась ротоглоточная слизь. Забор материала производился на этапе естественного обострения процесса, натощак или через 2 часа после еды, 2-мя стерильными ватными тампонами: один – для микроскопии, а другой – для посева. После забора материала производилась микроскопия окрашенных мазков. Применяли окраску по Граму. После фиксации и окраски препараты просушивали и изучали под микроскопом. После чего материал засевался на питательную среду Сабуро для выделения Candidaspp. Для определения ассоциаций возбудителей параллельно производился посев исследуемого материала на желточно-солевой агар – для выделения стафилококков, среду Эндо – для выделения

Репозиторий ГрГМУ

энтеробактерий, кровяной агар – для выделения стрептококков и некоторых других микроорганизмов.

Результаты и их обсуждение. При изучении микроорганизмов, выделенных при посеве, установлено, что изолированное выделение Candidaspp. отмечено только у 3-х пациентов (11,1% наблюдений). У остальных пациентов наблюдались ассоциации Candidaspp. с другими микроорганизмами. Так, у 2-х пациентов (7,4%) отмечено выделение Candidaspp. и Streptococcusspp. Выделение Candida spp. и Staphylococcusspp. отмечено у 9 пациентов (33,3%), Candidaspp. и Enterobacteriaceae (клебсиеллы, протеи, эшерихии и др.) были выделены у 6 человек (22,2%) и у 7 пациентов отмечалось ассоциативное выделение Candidaspp., Staphylococcusspp. и Enterobacteriaceae (25,9%).

Таким образом, изолированное выделение Candidaspp. отмечалось в небольшом количестве случаев (в 11,1%), в большинстве случаях отмечено ассоциативное выделение Candidaspp. Преобладающими ассоциациями явились Candidaspp. и Staphylococcusspp., Candidaspp. и Enterobacteriaceae, Candidaspp., Staphylococcusspp. и Enterobacteriaceae, которые высевались достоверно чаще, чем изолированный рост и ассоциации Candidaspp. и Streptococcusspp. ($p<0,001$).

В процессе выполнения работы нами выявлен особый характер взаимоотношений некоторых выделенных микроорганизмов между собой. Так, при посеве патологического материала на среду Эндо в 4-х (14,8%) наблюдениях нами был отмечен рост крупных колоний E. Coli вокруг которых отмечалась стимуляция роста грибков Candidaspp., что характеризует тенденцию к снижению отрицательных взаимоотношений между популяциями микроорганизмов за счет положительных влияний друг на друга.

Выводы.

1. При исследовании ротоглоточной слизи при хроническом орофарингиальном кандидозе установлено преобладание выделения микробных ассоциаций над изолированным выделением Candidaspp. Микст-инфекционные агенты объясняют недостаточную эффективность проводимой противомикробной монотерапии.

Репозиторий ГрГМУ

2. Для правильной постановки диагноза и назначения эффективной терапии необходимо доказательное микробиологическое лабораторное подтверждения диагноза. При назначении лечения следует учитывать полиэтиологичность заболевания и назначать общее антимикробное лечение, включающее комбинированные схемы терапии.

3. Изучение результатов разнообразных взаимоотношений и взаимодействий популяций различных видов микроорганизмов между собой позволят более взвешенно подходить к профилактике и лечению ХВЗ.

Литература

1.Бухарин, О.В. Инфекция – модельная система ассоциативного симбиоза / О.В. Бухарин // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – 2009. - № 1. – С. 83-86.

2. Гаврусев, А.А. Ассоциированные инфекции при хроническом уретропростатите: проблемы диагностики и лечения / А.А. Гаврусев [и др.] // Медицинские новости. – 2009. - № 8. – С. 17-24.

3. Покровский, В.И. Микропаразитоценозы в инфекционной патологии человека / В.И. Покровский, В.П. Машилов // Сб. науч. тр. / Дагестан. гос. мед. акад. ; под ред. А.М. Голубева. – Махачкала, 1996. – С. 10-12.

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОК

Воробьева Т.И.[1], *Лазаревич С.Н.*[1], *Кухарчик Ю.В.*[2], *Сурова Н.А.*[1], *Смирнова Е.В.*[1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[2]

Увеличение числа женщин, курящих во время беременности отмечается практически во всех странах мира. В промышленно развитых странах среди беременных и кормящих женщин курящие составляют 20-25%. Однако, несмотря на антиникотиновую пропаганду, в США и Австралии курящими являются 40-55% беременных, и почти 50% из них продолжают курить на протяжении всей беременности. Такая тенденция отмечается и в европейских странах. По данным ВОЗ (1996), в странах Восточной Европы распространенность курения среди женщин в 1995 г. составляла 26%. В Японии число курящих

Репозиторий ГрГМУ

женщин одно из самых низких: до беременности курят 13,9%, с наступлением беременности – 4,4%, а после рождения ребенка – 5,1% [2, 3, 4].

Несмотря на активную антиникотиновую пропаганду в Республике Беларусь курит примерно 58% мужчин и 12% женщин, причем из них 20-25% курят на протяжении всей беременности.

Известно, что вредное влияние никотина и других компонентов табачного дыма заключается в системном воздействии на человеческий организм, а в случае беременности может непосредственно влиять на формирующийся плод и приводить к осложнениям гестационного процесса [1, 4]. Поэтому оценка течения беременности и ее исходов позволит выработать дальнейшую тактику ведения беременности у женщин с никотиновой зависимостью.

Целью нашего исследования явилась оценка течения и исходов беременности у курящих пациенток.

Методы исследования. Нами были изучены особенности течения и исходы беременности у 146 пациенток, которые были разделены на основную группу, в состав которой вошли 71 курящая женщина, и контрольную группу – 75 некурящих женщин. Пациентки обследуемых групп находились на стационарном лечении в отделении патологии беременности, акушерско-обсервационном отделении и отделении новорожденных УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно».

Результаты исследования занесены в базу данных и обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа данных получены следующие результаты: средний возраст в обеих группах обследованных пациенток был сопоставим, и составил 25,3±6,1 года и 26,4±4,5 года соответственно в основной и контрольной группах. Нами отмечено, что в контрольной группе преобладали пациентки с высшим образованием, тогда как в основной группе их было в 2 раза меньше. 77% пациенток с никотиновой интоксикацией являются городскими жительницами.

Репозиторий ГрГМУ

Структура гинекологической заболеваемости характеризуется тем, что первое место занимают воспалительные заболевания: эрозия шейки матки в 39,4% и 37,3% соответственно в основной и контрольной группах составила, хронический аднексит встречался в 25,4% и в 22,7% случаев соответственно в основной и контрольной группах. Гинекологический анамнез также отягощен следующими заболеваниями: кисты яичников встречаются в 5,7% и в 2,9% случаев в основной и контрольной группах соответственно, дисфункция яичников у 5,7% женщин основной группы, в контрольной группе данная патология не встречалась в анамнезе. Экстрагенитальные заболевания имели место у 66,2% женщин основной группы. Их структуру в порядке убывания можно представить следующим образом: заболеваниями почек страдало 15,5% исследуемых, заболевания эндокринной системы встречались у 9,9%, у 8,5% исследуемых обнаружена патология органов пищеварения, 5,7% женщин страдали заболеваниями органов дыхания, в 2,9% случаях встречались заболевания сердечно-сосудистой системы.

Паритет родов. В обеих группах преобладали первородящие женщины: 50% и 54% соответственно в основной и контрольной группах. Настоящая беременность в контрольной группе закончилась срочными родами и рождением плода весом 3000-3499 г в 41%. В основной группе 46,5% новорожденных имели массу при рождении от 2500 до 2999 г.

Процент выписанных новорожденных от некурящих матерей составляет 96,6%. Тогда как 22% новорожденных от курящих женщин были переведены в детскую больницу.

У женщин контрольной группы 57% детей было абсолютно здоровыми, тогда как в основной группе они составили 29%. Следует отметить, что асфиксии в родах, кардиопатии, ВПР в данной группе наблюдались только у новорожденных от курящих женщин.

84% некурящих женщин использовали естественное вскармливание, а курящие женщины лишь в 29%.

Таким образом, оценка течения и исходов гестации имеет важное значение для разработки дальнейшей тактики ведения пациенток с никотиновой зависимостью, что вместе с активной антиникотиновой пропагандой позволит улучшить демографические показатели в нашей республике.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Андреева, Т.И. Табак и здоровье / Т.И. Андреева, К.С. Красовский // Киев, 2004. – С.161-181.

2. Литвинов, Р.И. Достижения и проблемы борьбы с табакокурением в США / Р.И. Литвинов // Казан. мед. журнал. – 2000. - № 5 – С. 441-443.

3. Котикова, И.В. Особенности течения беременности у курящих пациенток / И.В. Котикова [и др.] // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2010. - №1. – С. 46-50.

4. Millan, H. et al. Smoking and alcohol in pregnancy. Survey in the immediate post-partum period / H.Millan [et al.] // Ir Med J. – 2006. - Vol 99. - № 9. – P. 283.

ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА. ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Воробьёва Т.И., Кажина М.В., Бут-Гусаим Л.С., Лазаревич С.Н., Кочеткова Д.А., Ларченко Е.А.

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Невынашивание беременности (НБ) остается одной из важнейших проблем современного акушерства, охватывая около 30% всего пула причин репродуктивных потерь, включая сверхранние.Привычная потеря беременности наблюдается у 3-5% супружеских пар.

Цель работы - выявление значимости ранней диагностики тромбофилических состояний как важного фактора невынашивания беременности и обоснованности включения в терапию угрозы прерывания беременности препаратов, улучшающих реологические свойства крови с целью увеличения шанса сохранения беременности.

Материалы и методы. Пилотный проект по ранней диагностике тромбофилических причин невынашивания беременности стартовал в УЗ «ГКБСМП г. Гродно» в 2011 году. Проведен ретроспективный анализ 1325 историй болезни пациенток с угрозой прерывания беременности, находившихся на лечении в отделении патологии беременности в период с 2011 по 9 месяцев 2012 года. Все пациентки были разделены на две группы. В основную группу включены 48 женщин с угрозой прерывания беременности и 1 потерей беременности в анамнезе,

Репозиторий ГрГМУ

в терапию которых включены низкомолекулярные гепарины (НМГ). В группу сравнения вошли 62 женщины с угрозой прерывания беременности и 1 потерей беременности в анамнезе, в терапию которых включены дезагреганты (дипиридамол, 75 мг/сутки). Основная группа была разделена на 2 подгруппы: А - беременные с клинически установленным диагнозом антифосфолипидного синдрома (АФС), n=13; В - беременные с угрозой прерывания, обследование на АФС у которых в силу социальных и экономических причин не проводилось, но наличие тромбофилических состояний диагностировалось другими лабораторными методами, n=35. В схему диагностики тромбофилий включались: расширенная коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, Д-димеры), определение волчаночного антикоагулянта, протеина С, протеинаS, антитромбина III, тромбоэластограмма. Верификация АФС осуществлялась по наличию низко-средне-высокопозитивных значений антикардиолипиновых антител и/или АТ к β2 гликопротеину 1 (IgM, G), подтвержденных с интервалом в 8-12 недель.

Результаты и обсуждение. Всем женщинам основной группы (А и В) назначены НМГ (дальтепарин) в дозе 2500 ЕД 1 раз в сутки. Беременным из группы сравнения назначены дезагреганты (дипиридамол) в дозе 75 мг/сутки. В лечении мы придерживаемся следующих принципов: нормализация режима труда и отдыха, психоэмоциональная реабилитация, рациональное питание, этиопатогенетическая терапия (противовоспалительная терапия; коррекция гормональных нарушений; нормализация аутоиммунных процессов; метаболическая терапия; дезагрегантная терапия). В основной группе результатом назначенной терапии было сохранение беременности в 100% беременных (подгруппа А) и в 84% беременных (подгруппа В). В группе сравнения беременность была сохранена в 69% случаев.

Важнейшей диагностической особенностью следует считать тот факт, что в 46% случаев АФС был диагностирован при угрозе потери первой и второй беременностей! Полученные результаты требуют тщательного анализа и практических наблюдений с целью определения перспектив дальнейшего научного поиска.

Репозиторий ГрГМУ

Выводы.

1. Экономические затраты на проведение обследования после 1-й потери и/или при упорной угрозе прерывания беременности не сопоставимы с экономическим ущербом при потере беременности, не считая медицинской и психоэмоциональной составляющей несостоявшейся беременности.
2. Целесообразно включить в клинические протоколы обследование женщин на тромбофилические состояния уже после первой потери беременности, либо при упорной угрозе прерывания первой беременности.
3. Добавление в стандартную терапию угрозы прерывания беременности препаратов, улучшающих реологические свойства крови, позволяет улучшить исходы беременности.
4. Доклиническая диагностика привычного выкидыша позволяет снизить репродуктивные потери и улучшить демографическую ситуацию в Республике Беларусь.

Литература

1. Макацария, А.Д., Бицадзе В.О. Антифосфолипидный синдром, генетические тромбофилии в патогенезе основных форм акушерской патологии / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе // Русский медицинский журнал. - 2006. - Специальный выпуск. - С. 2-10.
2. Макацария, А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе. - М.: Триада-Х, 2003. - 904 с.
3. Матвеева, Т.Е. Вопросы патогенеза и профилактики синдрома потери плода у беременных с тромбофилией / Т.Е. Матвеева // Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. - М., 2002. - 25 с.
4. Насонов, Е.Л. Современные подходы к профилактике и лечению антифосфолипидного синдрома / Е.Л. Насонов // Тер. Архив. - 2003. - № 5. - С. 83-87.
5. Приказ МЗ Республики Беларусь № 694 от 08.06.2012 г. «Об утверждении клинического протокола диагностики, профилактики и лечения пациентов с антифосфолипидным синдромом». - Минск. - 2012. - 42 с.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЛАДЕНЦЕВ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ

Врублевская Е.Л., Парамонова Н.С., Синица Л.Н.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Инфекция мочевыводящих путей при беременности остается одной из важнейших проблем медицины, что обусловлено высоким риском развития урологических,

Репозиторий ГрГМУ

акушерских и неонатальных осложнений. Особое место в структуре инфекций мочевыводящих путей занимает бессимптомная бактериурия [1]. Являясь доклинической формой целого ряда заболеваний мочевой системы, бессимптомная бактериурия характеризуется упорным рецидивирующим течением с низким процентом самоизлечения, высоким риском развития осложнений со стороны матери, плода и новорожденного. В настоящее время многие аспекты данной проблемы противоречивы и решены не до конца. Недостаточно изучено влияние инфекционного процесса в нижних отделах мочевыводящих путей в организме матери на характер возникновения патологического процесса в фетоплацентарном комплексе и состояние здоровья младенцев [2].

В связи с вышеизложенным *целью* работы было оценить состояние детей, рожденных от матерей с бессимптомной бактериурией.

Для решения поставленных задач было проведено клиническое наблюдение за 103 новорожденными, родившимися от матерей с диагностированной бессимптомной бактериурией и 50 от женщин без нефрологической патологии.

Результаты и обсуждение. При анализе данных, полученных при бактериологическом исследовании мочи беременных женщин установлено, что наиболее часто в посеве определяли *Escherichia coli* (55,9%). Остальные возбудители были представлены:

- грамотрицательными бактериями семейства *Enterobacteriaceae* (12,5%): *Klebsiella spp*. (4,2%), *Proteus spp.* (3,3%), *Enterobacter spp*. (5,0%);
- грамположительными стрепто-, стафилококками (26,6%);
- другими микроорганизмами, не вошедшими в первые две группы: *Pseudomonas spp.*, *Corynebacterium stratum*, *Candida spp. и пр.* (5,0%).

При анализе особенностей течения беременности у пациенток с бактериурией, по сравнению с группой контроля, отмечено достоверное увеличение частоты таких осложнений беременности, как внутриутробная задержка роста плода (в 3,4 раза), преждевременное излитие околоплодных вод (в 3,2 раза), появление начальных признаков хронической внутриутробной

Репозиторий ГрГМУ

гипоксии плода по данным КТГ (в 2,5 раза). У беременных с бессимптомной бактериурией отмечалось возрастание частоты развития анемии (в 5 раз) по сравнению с контрольной группой.

Проведенное клиническое наблюдение за течением неонатального периода у детей, рожденных от матерей с бессимптомной бактериурией, выявило возрастание частоты морфо-функциональной незрелости новорожденных (в 3,2 раза) и рождение детей с уменьшением росто-весового показателя ниже 60 (в 4,3 раза). Средняя оценка по шкале Апгар характеризовалась меньшими значениями по сравнению с детьми группы сравнения, составляя на первой минуте после рождения соответственно 6,52±1,23 балла и 7,66±1,28 балла; 7,44±1,21 балла и 8,2±0,55 балла - на пятой минуте.

Проведенное морфологическое исследование плацентарной ткани матерей с бессимптомной бактериурией выявило воспалительные изменения у 55,2% женщин по сравнению с 9,0% в группе сравнения ($p<0,001$). В структуре воспалительных изменений наиболее часто был представлен децидуит (43,6%), хориоамнионит (21%), интервиллузит (9%). При микроскопическом исследовании фетоплацентарного комплекса у матерей основной группы выявлены: плацентарная недостаточность, нарушения маточно-плацентарного кровообращения, нарушение плацентарно-плодного кровообращения, инфаркты и петрификаты.

У 86% матерей с нарушениями фетоплацентарного комплекса и бессимптомной бактериурией 60% детей имели мочевой синдром. Была зафиксирована прямая корреляционная зависимость ($r=0,8$) между сочетанием воспалительных изменений в плаценте и нарушением фетоплацентарного комплекса у матерей и развитием мочевого синдрома у новорожденных в виде протеинурии, лейкоцитурии, гематурии, бактериурии. У обследованных новорожденных из мочи достоверно чаще выделялась грамотрицательная флора по сравнению с грамположительной флорой, соответственно, в 84,8% и 27% случаев, что является особенностью неонатального периода и требует учета при назначении эмпирической антибактериальной терапии.

Подводя итоги, следует отметить высокую значимость бессимптомной бактериурии беременных в возникновении

Репозиторий ГрГМУ

акушерской, урологической и перинатальной патологии, отсутствие в широкой клинической практике своевременной микробиологической диагностики и, соответственно, адекватной антибиотикотерапии данной инфекции.

Литература

1. Никонов, А.П. Инфекции мочевыводящих путей: диагностика и антибактериальная терапия / А.П. Никонов [и др.] // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 6. – С. 52-53.

2. Хроническая фетоплацентарная недостаточность как фактор риска развития патологии мочевой системы у новорожденных / М.Л. Чехонацкая [и др.] // Актуальные вопросы урологии и нефрологии. – Балаково, 2006. – С. 48-49.

СОЧЕТАННАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА ПРИ КАТАТРАВМЕ

Гаврилик Б.Л., Радковец И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В современное время политравма занимает доминирующее положение по причине смертности у лиц трудоспособного возраста [3]. Кататравме принадлежит особое место в структуре сочетанной травмы. 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, жёсткость рельефа [2]. Определённую роль в исходе играют масса тела пострадавшего, наличие сопутствующей патологии. Локализация наружных повреждений, характер внутренних и их тяжесть, соответствует виду приземления и падении [1]. Падение с высоты может быть прямым, когда тело до момента «приземления» не соприкасается с какими-либо предметами, и последовательным (непрямым), когда тело в процессе падения ударяется о предметы, расположенные по траектории полёта на разной высоте (балконы, козырьки, ветки деревьев и т.п.). Кроме того, падение может быть свободным, когда падает только пострадавший, без каких-либо предметов, и несвободным, когда вместе с телом падают различные предметы и конструкции (например, строительные леса, падение внутри лифта и т.п). Если в момент приземления падающий человек успевает принять

Репозиторий ГрГМУ

определённое положение тела, то такое падение называют координированным. Соответственно, за некоординированное принимается падение без «группировки» тела пострадавшего перед ударом о поверхность соударения. Наконец, любое падение с высоты может происходить с предварительно приданным телу дополнительным ускорением (прыжок, толчок, выбрасывание) - активное падение, и без такового - пассивное падение.

Нами проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни больных с кататравмой, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно с 2000 по 2010 год. Мужчин было 56 (69,1%), женщин – 25 (30,9%). В возрасте до 10 лет был 1 (1,2%) пострадавший, он остался жив; с 11 до 20 лет 18 (22,2%), из них умерших 9 (50,0%); в возрасте 21-40 лет – 31 (38,3%), погибло 8 (25,8%) человек; в возрасте 41-60 – 21 (25,9%), погибло 6 (28,6%); старше 60 лет – 10 (12,4%), умерших 6 (60,0%). Обстоятельства травмы были следующими: суицидальная цель – 16 (19,8%) случаев, бытовая травма- 62 (76,5%), производственная травма – 3 (3,7%) случая. Преднамеренно падение с высоты с суицидальной целью чаще совершали женщины: 11 (68,8%) случаев из 16. С высоты 2-9 м упало 32 (39,5%) пострадавших, из них погибло 9 (28,1%); с 10-17 м – 36 (44,5%), умерших 15 (41,7%); с 17-25 м – 12 (14,8%), погибших 5 (41,7%); с высоты более 25 м – 1 (1,2%), пострадавший выжил.

В сроки до 35 минут доставлены в стационар 21 (25,9%)человек; до 1,5 часа – 29 (35,8%); до 3 часов – 13 (16,0%); до 1 суток- 11(13,6%) пострадавших; свыше суток – 7 (8,7%). В алкогольном опьянении было 25 (30,9%) пострадавших. Шок 1 степени был выставлен – 29 (35,8%) пациентам, шок 2 степени – 28 (34,6%), шок 3 степени – 15 (18,5%). Шок не наблюдался у 9 (11,1%) пострадавших. Степень шока выставлялась согласно индекса Альговери.

Сочетанная травма живота и забрюшинного пространства наблюдалась у 34 (42,0%) пациентов кататравмой. Причём, при травме живота наиболее часто повреждались селезёнка, печень и кишечник. У 12 человек наблюдалось одномоментное повреждение указанных органов брюшной полости.

У больных сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства для подтверждения диагноза выполнялись УЗИ – 26 (32,1%) пострадавшим, диагностическая лапароскопия – 21

Репозиторий ГрГМУ

(25,9%), лапароцентез – 5 (6,2%), диагностическая лапаротомия – 7 (8,6%), КТ, МРТ – 15 (18,5%).

На фоне противошоковых мероприятий и с учётом ведущего повреждения проводились соответствующие оперативные пособия по экстренным показаниям. Спленэктомия выполнена у 17 (21,0%) пострадавших. Ушивание ран печени произведено 17 (21,0%) пациентам, 6 (7,4%) - выполнено ушивание ран кишечника, 3 (3,7%) - желудка, 4 (4,9%) – мочевого пузыря, 2 (4,1%) - почек. У 2 (2,5%) пациентов произведена резекция кишечника, нефрэктомия выполнена 3 (3,7%) пострадавшим.

Из всех пострадавших с кататравмой умерло 29 (35,8%) человек, у 18 (62,1%) из них имелась сочетанная травма органов живота и забрюшинного пространства.

Таким образом, кататравма относится к разряду тяжёлой сочетанной травмы, имеющей свои особенности травматогенеза и исходы. Для неё характерно состояние тяжёлого травматического шока, который наблюдался, по нашим данным, более чем у половины пострадавших. При этом наиболее тяжёлые больные, и соответственно самая высокая летальность, наблюдались в группе пострадавших сочетанной травмой живота и забрюшинного пространства. Определённую роль в исходе кататравмы играл возраст пациентов: наибольшая летальность отмечалась в возрастных группах 11-20 лет и старше 60 лет.

Необходимо отметить, что тяжесть повреждения напрямую не зависит от высоты падения: при падении с высот 10-17 м и 17-25 м наблюдалась одинаковая летальность, а один пострадавший при падении с высоты более 25 м и вовсе остался жив. Существенное значение при кататравме имеют исходная масса пострадавшего, наличие препятствия на траектории падения с высоты, положение его тела в момент удара о землю, а также плотность поверхности земли.

Литература

1. Замятин, П.Н. Структура повреждений и факторы травматогенеза при кататравме / П.Н. Замятин, В.В. Бойко, Овусу Франк // Клиническая хирургия. – 2008. - № 1. – С. 43-45.

2. Никитин, Г.Д. Множественные и сочетанные переломы костей / Г.Д. Никитин, Н.К. Митюнин, Э.Г. Грязнухин. – Ленинград: Медицина, 1976. - 264 с.

3. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2006. – 512 с.

Репозиторий ГрГМУ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА

Гаврилик Б.Л.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Травма последние десятилетия становится серьёзной проблемой общества, занимая первое место по причине смертности среди лиц трудоспособного возраста. Ежегодно, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, от различных травм погибает до 2 миллионов человек, чему способствуют военные конфликты, техногенные и природные катастрофы, бытовой и производственный травматизм [2]. При этом, как правило, наблюдаются сочетанные повреждения органов и систем, характеризующиеся высокой летальностью, длительной утратой трудоспособности и высоким уровнем инвалидности, значительно превышающим таковой при изолированных повреждениях. Указанное в полной мере касается и тяжёлой сочетанной абдоминальной травмы. Популяризуемая в настоящее время тактика этапного лечения повреждений живота и их контроля имеет своих сторонников и противников [1]. Одно определенно понятно, что сверхрадикализм при тяжёлой травме живота принесет больше вреда, чем пользы.

Нами проведен ретроспективный анализ 158 историй болезни больных политравмой, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» в 2011 и 2012 годах. Все больные были распределены по группам согласно классификации Соколова В.А, в которой выделено семь групп пострадавших, с учётом ведущего повреждения [3]. Из всех пациентов сочетанная травма живота наблюдалась у 37 (23,4%) больных. Мужчин было 27 (72,9%), женщин – 10 (27,1%). В возрасте до 20 лет было 5 (13,5%) пострадавших; с 21 до 40 лет – 17 (45,9%); с 41 до 60 лет – 10 (27,1%); и старше 60 лет – 5 (13,5%) пациентов. Травматогенез среди пострадавших сочетанной травмой живота определялся следующим образом: падение с высоты – 11 (29,8%), дорожно-транспортное происшествие – 18 (48,6%), бытовой механизм – 1 (2,7%). У 2 (5,4%) пациентов обстоятельства травмы остались не выясненными. Сочетанную травму живота на

Репозиторий ГГМУ

производстве получили 5 (13,5%) человек. В состоянии алкогольного опьянения в момент получения травмы было 8 (21,6%) пострадавших. С момента получения травмы, в течении первого часа в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» поступил 21 (56,8%) пациент с сочетанной абдоминальной травмой, из них погибло 8 (38,1%); с 1 часа до 6 часов – 11 (29,7%), погибло 5 (45,5%) человек; в течении с 6 до24 часов поступило 2 (5,4%) больных, все погибли; более суток после травмы – 3 (8,1%) пациента, погибло 2 (66,7%).

Повреждения органов живота у больных с политравмой носили различный характер. Травма селезёнки отмечалась у 10 (27,1%), печени у 8 (21,5%) больных, тонкого кишечника и его брыжейки у 10 (27,1%), брыжейки толстого кишечника у 2 (5,4%), мочевого пузыря у 3 (8,1%). Повреждение желудка, потребовавшее его резекции наблюдалось у 1 (2,7%) пациента. Комбинированная травма печени и селезёнки была у 2 (5,4%) пациентов, печени и кишечника у 1 (2,7%) пациента. Основными диагностическими методами при травме живота были УЗИ, КТ, диагностическая лапароскопия, обзорная рентгенография брюшной полости. Из сочетанных повреждений у больных с абдоминальной травмой отмечались черепно-мозговая травма, торакальная травма, повреждение костей таза и конечностей, раны и ушибы мягких тканей, не являющиеся ведущими повреждениями и не представляющие непосредственную опасность для жизни пациента на момент поступления в стационар. У всех пострадавших наблюдался шок: I степени в 7 (18,9%) случаях, II степени – у 19 (51,4%) пострадавших, III степени – у 11 (29,7%). Степень шока выставлялась согласно индекса Альговери.

Пациентам были выполнены следующие оперативные вмешательства: спленэктомия – 10 (27,1%) пострадавшим, ушивание ран печени – 8 (21,5%), ран тонкого кишечника и его брыжейки – 4 (10,8%), ран интраабдоминальной части мочевого пузыря с эпицистостомией – 3 (8,1%) брыжейки сигмовидной кишки – 2 (5,4%) пострадавшим. 6 (16,3%) пациентам произведена резекция тонкого кишечника с наложением анастомоза «конец в конец», резекция желудка по Ру – 1 (2,7%) пострадавшему. В 2 (5,4%) случаях, наряду с ушиванием ран

Репозиторий ГрГМУ

печени, выполнена спленэктомия. И в 1 (2,7%) случае ушивались раны печени и кишечника.

Из всех пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой умерло 17 (45,9%) пациентов.

Сочетанная абдоминальная травма относится к разряду тяжёлых повреждений и требует экстренного оперативного пособия. Вне сомнения, исход травмы напрямую зависит от сроков доставки пострадавших в стационар, характера травмы и степени шока. Около половины всех повреждений живота при политравме, согласно нашим данным, случается в мирное время при дорожно-транспортных происшествиях; значительное место занимают кататравма и производственный травматизм.

Литература

1. Абакумов, М.М. Damage control: что нового? / М.М. Абакумов, П.М. Богопольский // Хирургия. – 2007. - № 11. – С. 59-62

2. Багдасарова, Е.А. Тактика лечения повреждений живота при сочетанной травме: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.00.27 / Е.А. Багдасарова. - Москва, 2008. – 51 с.

3. Соколов, В. А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - М.: Геотар-медиа, 2006. -512 с.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Гаврилик Б.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Операции, выполненные на разных органах и системах одномоментно из одного или нескольких оперативных доступов, называются симультанными. Сочетанные или симультанные операции на органах брюшной полости чаще всего выполняются бригадой *хирург и гинеколог*, *гинеколог и уролог*.

В экстренной и плановой оперативной гинекологии нередко возникают ситуации, требующие выполнения симультанных операций [2]. Это позволяет избежать повторных оперативных вмешательств, что меньше травмирует психику пациенток, а экономический эффект подобных операций не вызывает сомнения [3]. Решение о выполнении симультанной операции должно определяться коллегиально хирургами различных специальностей посредством консилиума при обязательном

Репозиторий ГрГМУ

согласии больного на выполнение указанных операций [1].

Мы располагаем опытом лечения 178 больных, которым проводились сочетанные оперативные вмешательства. В экстренном порядке было оперировано 90 женщин, в плановом - 88 пациентки. Возраст женщин колебался от 15 до 76 лет. Объем экстренных и плановых гинекологических операций зависел от выявленной гинекологической патологии. Больным выполнялись экстирпации и надвлагалищные ампутации матки, аднексэктомии, тубэктомии, овариоэктомии, резекции яичников, цистэктомии, влагалищная экстирпация матки с кольпорафией и задней кольпоперинеолеваторопластикой и другие.

Наиболее частым хирургическим пособием при экстренных гинекологических операциях были висцеролиз (68 случаев) и аппендэктомия (38 случаев). Резекция сальника выполнена у 26 больных, у 4-х пациенток - сигмостомия, у 4-х - пупочное грыжесечение, и еще у 2-х экстраперитонизация сигмовидной кишки. В связи с тяжелым воспалительно-адгезивным процессом в полости таза и некрозом стенки сигмовидной кишки в одном случае выполнена резекция сигмы с наложением толсто-толстокишечного анастомоза и проксимальной сигмостомией. У одной пациентки на 4-е сутки после выполненной надвлагалищной ампутации матки с левыми придатками по поводу гнойного аднекстумора развился некроз стенки ректосигмоидного отдела толстой кишки с перфорацией ее. Больная повторно оперирована. Дефект стенки ушит, наложена превентивная сигмостома. Послеоперационное течение было благоприятным, сигмостома ликвидирована через 4 месяца. У другой больной, оперированной по поводу правостороннего воспалительного аднексобразования (операция – 06.05.13г.), ранее была наложена, в связи с пиелонефритом, правосторонняя нефростома. После аднексэктомии справа и выполненного висцеролиза проходимость мочеточника восстановилась, воспалительный процесс в почке купировался и нефростома ликвидирована.

При плановых симультанных гинекологических операциях чаще всего хирургическое пособие заключалось в выполнении висцеролиза (40 пациенток), грыжесечения (31 больная), аппендэктомии (17 больных), резекции сальника (11 случаев). У 5

Репозиторий ГрГМУ

пациенток в объеме сочетанной операции выполнена холецистэктомия, у 3-х - резекция тонкой кишки с тонко-тонкокишечным анастомозом, у 2-х пациенток произведена экстраперитонизация сигмовидной кишки в связи с десерозацией ее. В одном случае наложена, после ушивания дефекта мочевого пузыря, эпицистостома, и еще в одном случае удалена доброкачественная опухоль забрюшинного пространства. У одной пациентки, оперированной по поводу рака яичников с прорастанием опухолью сигмовидной кишки, помимо экстирпации матки с придатками и сальника произведена операция Гартмана. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии, через 6 месяцев осмотрена, рецидива опухоли нет, колостома функционирует. Больной произведена реконструктивная операция: ликвидация колостомы и наложение сигморектального анастомоза. При повторном осмотре пациентки через 3 года рецидива опухоли не обнаружено.

Следует отметить, что висцеролиз при ургентных и плановых гинекологических операциях в связи с наличием выраженного воспалительно-адгезивного процесса, должен выполняться хирургом, так как в спаечный процесс полости таза вовлекаются петли толстого и тонкого кишечника, сальник, мочевой пузырь, забрюшинное пространство. Нередко висцеролиз занимает длительное время, требует хорошего знания топографии органов брюшной полости и полости таза, сочетается с резекцией сальника, аппендектомией и др.

Все больные после выполненных симультанных операций выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии. Летальный исход мы наблюдали у 1-й пациентки после сочетанной абдоминальной операции. Он не был связан с самим оперативным вмешательством. Больная умерла на 5-е сутки после развившегося у нее геморрагического инсульта.

Таким образом, выполнение симультанных операций в абдоминальной хирургии оправдано с учетом современных возможностей анестезиологической помощи, совершенствования техники операций и позволяет исключить психо-эмоциональное переживание пациенток, в связи с предстоящей повторной операцией по поводу имеющейся сочетанной абдоминальной хирургической патологии.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Гаврилик, Б.Л. Симультанные операции в гинекологии / Б.Л. Гаврилик // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – Гродно : ГрГМУ, 2011. - С. 11-14.

2. Радзинский, В.Е. Репродуктивное здоровье женщины после хирургического лечения гинекологических заболеваний/ В.Е. Радзинский, А.О. Духин, И.Н. Костин // Акушерство и гинекология. - 2006. - № 4. - С. 51-54.

3. Федоров, В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции / В.Д. Федоров// Хирургия. - 1993. - № 3. - С. 59–63.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Гаджиева Ф.Г., Сенько В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время много внимания уделяется индивидуальной изменчивости структур человеческого организма. Сведения о вариантах анатомии магистральных артерий верхних конечностей человека, их особенностях в зависимости от пола и возраста могут быть приняты во внимание при разработке тактики оперативных вмешательств на конечностях. Морфометрические данные магистральных артерий рук 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.

Материалом для исследования послужили 10 препаратов верхних конечностей трупов новорожденных обоего пола, а также 20 препаратов верхних конечностей трупов взрослых людей обоего пола, взятых из коллекции кафедры анатомии человека УО «Гродненский государственный медицинский университет». Методом макро- и микропрепарирования были изучены особенности анатомии сосудистой системы подмышечной области.

Целью настоящего исследования было изучить распределение типов и вариантов ветвления подмышечной артерии человека, в том числе в возрастном аспекте.

Подмышечная артерия, a.axillaris, является прямым продолжением подключичной артерии.

По мнению ряда авторов, подмышечная артерия имеет

Репозиторий ГрГМУ

множество вариантов ветвления. Так, среди нетипичных ветвей подмышечной артерии описаны случаи отхождения от неё лучевой, в меньших случаях локтевой артерий. Не так редко от подмышечной артерии отходит один крупный ствол, который впоследствии делится на подлопаточную, переднюю и заднюю артерии, огибающие плечевую кость. По данным Quain, на верхней конечности может присутствовать vas aberrans, представляющий собой длинный и достаточно тонкий сосуд, отходящий от подмышечной (реже плечевой артерии), который соединяется с артериями предплечья или их ветвями, иногда он может достигать кисти и соединяться с поверхностной ладонной дугой. В восьми из девяти случаев, по данным Quain, аномальный сосуд соединялся с лучевой артерией.

Подмышечная артерия может начинаться двумя параллельно идущими сосудами, которые отходят от подключичной артерии и продолжаются в локтевую и лучевую артерии [Calori].

На одном препарате верхней конечности новорожденного (справа) нами был выявлен случай нетипичного расположения подмышечной артерии. В средней и нижней трети она была прикрыта мышечным лоскутом, являющимся отщеплением m.latissimus dorsi. Этот мышечный тяж обычно встречается на ранних этапах эмбрионального развития, но к моменту рождения должен атрофироваться. Так называемая мышечная подмышечная дуга может присутствовать и у взрослых людей и быть клинически значима. При сокращении мышечные волокна могут сдавливать a.axillaris, что приводит к ишемизации и нарушению функций руки.

Впервые об этой аномалии развития написал A. Ramsay [1813]. В настоящее время наличие мышечной перегородки в нижней трети подмышечной артерии известно как musculus arcus axillaris или мышца Лангера (Langer's muscle).

При изучении препаратов верхних конечностей взрослых людей в 85% случаев присутствовал типичный вариант последовательного отхождения ветвей подмышечной артерии (классический вариант). В одном случае слева a. thoracica lateralis отходила от a. subclavia. Такое отхождение ветвей подмышечной артерии от подключичной артерии может объясняться изменением скорости развития почки конечности в эмбриогенезе.

Репозиторий ГрГМУ

Нами отмечено наличие множества мелких веточек к лимфатическим узлам подмышечной области, отходящих непосредственно от подмышечной артерии или от подлопаточной артерии. В литературе иногда выделяют отдельную ветвь подмышечной артерии к подмышечным лимфатическим узлам (alar thoracic artery).

В литературе нет систематизированной классификации вариантов ветвления подмышечной артерии. Это объясняется отсутствием, так называемого общего основания, по которому следует проводить классификацию. Мы считаем, что таким основанием может служить коэффициент длины верхней конечности, который является фиксированной величиной и может быть рассчитан для каждого человека при помощи простых антропометрических методов.

Проведенный анализ вариантной анатомии подмышечной артерии, а также установленные индивидуальные топографо-анатомические особенности могут повысить эффект оперативных вмешательств в данной области.

Полученные данные могут быть использованы в учебном процессе по анатомии, оперативной хирургии и топографической анатомии, сосудистой хирургии, по возрастной анатомии сосудистого русла.

Литература

1. Development of the arterial pattern in the upper limb of staged human embryos: normal development and anatomic variations / M. Rodriguez-Niedenfuhr // J Anat. – 2001. - №. 199. – P. 407–417.

2. Bifurcation of axillary artery in its 3rd part – a case report / V. Patnaik [et al.] // J Anat Soc India. – 2001. № 50. – P. 166–169.

3. Arterial, neural and muscular variations in the upper limb / N. Coskun [et al.] // Folia Morphol (Warsz). - 2005. № 64. – P. 347–352.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П., Кажина М.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно современным представлениям метаболический синдром (МС) - совокупность нарушений

Репозиторий ГрГМУ

системной, в том числе, гормональной регуляции жирового, углеводного, белкового и других видов обмена под действием внешних и внутренних факторов. Распространенность МС колеблется от 5 до 30% среди населения планеты. Распространенность МС у женщин репродуктивного возраста составляет от 6% до 35%. У женщин МС является одной из наиболее частых причин синдрома поликистозных яичников, ановуляторного бесплодия, ранних потерь беременности, гиперплазии и рака эндометрия, дисгормональных заболеваний молочных желез. Данные литературы свидетельствуют о том, что развитие МС сопровождается активацией свободнорадикальных процессов, с накоплением продуктов перекисного окисления липидов. В то же время, роль этих соединений в патогенезе осложнений МС остается невыясненной. Для акушеров-гинекологов исследования активности свободнорадикальных процессов актуальны с точки зрения выбора правильной патогенетической терапии патологии репродуктивной системы у пациенток, страдающих МС.

Цель исследования - изучить состояние перекисного окисления липидов по уровню диеновых коньюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) в плазме крови у женщин с МС репродуктивного возраста, с учетом наличия или отсутствия у них дисфункции репродуктивной системы.

Материалы и методы. В исследование были включены 116 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 44 лет). Основную группу составили 87 пациенток с МС. Критерии включения в основную группу**:** наличие МС согласно критериям International Diabetes Federation (2005). Критерии исключения из основной группы: наличие органического поражения гипоталамо-гипофизарной области, надпочечников. Группу контроля составили 29 практически здоровых женщин без МС, с нормальным менструальным циклом. Больные основной группы были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа – 57 женщин с МС с дисфункцией репродуктивной системы, 2 подгруппа – 30 женщин с МС с реализованной репродуктивной функцией на фоне МС и нормальным менструальным циклом. Критериями включения в 1 подгруппу было наличие у пациенток с МС нарушений генеративной функции (эндокринного бесплодия, невынашивания

Репозиторий ГрГМУ

беременности) и/или нарушения менструального цикла. Нарушения менструального цикла зарегистрированы у 64,9% женщин данной подгруппы. В структуре нарушений менструального цикла выявлены: олигоменорея – у 54,05%, аменорея – у 18,9%, дисфункциональные маточные кровотечения – у 13,5%, дисменорея – у 13,5%. Эндокринным бесплодием страдали 50,9% женщин данной подгруппы. Синдром поликистозных яичников диагностирован у 35,1%. Невынашивание беременности выявлено у 21,05% пациенток 1 подгруппы.

Уровень ДК определяли в плазме крови расчетным методом с использованием спектрофотометра СФ-46. Концентрацию ДК выражали в ΔD_{233}/мл. Концентрацию МДА определяли в плазме крови расчетным методом с использованием спектрофотометра «Solar» PV1251C. Концентрацию МДА выражали в мкмоль/л.

Статистические расчеты выполнены с помощью программы Statistica (версия 10.0). В качестве описательной статистики указывались медиана, 25%, 75%-ый процентили. Сравнение групп осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при значении $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. У женщин репродуктивного возраста с МС частота встречаемости его компонентов была следующей: ОТ>80 – 100%, дислипидемия – 96,55%, нарушение углеводного обмена – 89,66%, артериальная гипертензия –36,78%. Достоверных различий в частоте встречаемости компонентов МС между подгруппами выявлено не было ($p>0,05$).

При анализе соматического статуса обследуемых нами пациенток только у женщин с МС выявлена артериальная гипертензия (36,78%), варикозное расширение вен нижних конечностей (6,9%), желчекаменная болезнь (6,9%). Статистически значимых различий в частоте экстрагенитальной патологии в исследуемых подгруппах выявлено не было.

Изучение показателей ПОЛ в плазме крови женщин с МС репродуктивного возраста показало, что уровень ДК и МДА достоверно выше, чем у пациенток контрольной группы ($p<0,05$). Содержание в плазме крови первичного продукта ПОЛ – ДК с высокой достоверностью выше в 1 подгруппе, чем во 2 подгруппе

Репозиторий ГрГМУ

(p<0,05) (см. таблицу). Увеличение накопления продуктов ПОЛ свидетельствует об усилении процессов деструкции липидов, разрушения цитоплазматических мембран, неферментативного окисления полиненасыщенных жирных кислот, истощением антиоксидантных механизмов.

Таблица – Показатели ПОЛ в плазме крови женщин с МС, репродуктивного возраста

Показатель	Основная группа	1 подгруппа	2 подгруппа	Контрольная группа
ДК, ΔD_{233}/мл.	2,03 [1,28-3,64]*	2,31 [1,47-4,6]*#	1,88 [0,74-2,6]	0,84 [0,4-1,5]
МДА, мкмоль/л.	2,25 [1,62-3,17]*	2,465 [1,655-3,61]*	2,04 [1,33-3,03]	1,55 [1,165-2,675]

Примечание: * – p<0,05 разность показателей достоверна при сравнении с контрольной группой
– p<0,05 разность показателей достоверна при сравнении 1 и 2 подгруппы

Вывод. У женщин репродуктивного возраста с МС наблюдается усиление интенсивности ПОЛ, повышена концентрация ДК, МДА, по сравнению с женщинами, у которых нет МС. Причем у пациенток с МС с дисфункцией репродуктивной системы выявлена более выраженная интенсивность ПОЛ – повышена концентрация ДК.

Таким образом, полученные результаты подтверждают необходимость включения антиоксидантов в схемы лечения патологии репродуктивной системы у женщин, страдающих МС.

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Карпович А.И., Пакульневич Ю.Ф., Ковшик Л.П., Живушко Д.Р., Хильмончик И.В., Баковец Л.С.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»
УЗ «Гродненский областной эндокринологический диспансер»

Актуальность. Особенностями развития раневого процесса и раневой инфекции при синдроме диабетической стопы (СДС)

Репозиторий ГрГМУ

является быстрое прогрессирование гнойно-некротического поражения стопы с захватом обширных зон окружающих тканей, генерализацией инфекции и длительным вялотекущим процессом. Это приводит к развитию тяжелой жизнеугрожающей ситуации, которая требует неотложной хирургической помощи. Ампутации нижних конечностей на фоне СД составляют 50-70% от общего количества всех выполняемых ампутаций, что в 20-40 раз чаще, чем у пациентов, не страдающих СД и тенденции к снижению нет. Выше изложенное оставляет эту проблему в числе весьма актуальных и диктует необходимость поиска возможных путей изменения данной ситуации.

Цель. На основе анализа результатов хирургического лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей при СДС, предложить оптимальные варианты хирургической тактики, направленной на улучшение результатов лечения этих пациентов.

Материалы и методы. В основу работы положены данные статистического мониторинга заболеваемости СД в Республике Беларусь и Гродненском регионе за период 2010-2012 гг. и анализ результатов лечения 991 пациента с гнойно-некротическими осложнениями СДС госпитализированных (2003-2012 гг.) в гнойное хирургическое отделение клиники общей хирургии. В Гродненской области состоит на учете 26 134 больных, страдающих СД, в Гродно – 10 547. За 3 года количество пациентов с СД увеличилось на 3 132 человека, а по Гродно на 1 259 человек. Проведенный анализ показал, что за период с 2010 по 2012 г. по Гродненской области выполнено ампутаций пальцев – 618, стоп – 86, ампутаций на уровне голени – 137, и бедра – 355. Анализ результатов лечения 991 больного с гнойно-некротическими осложнениями СДС показал, что по неотложным показаниям госпитализировано 568 (57,3%) больных, из них 302 (30,5%) в тяжелом состоянии с клиникой выраженной интоксикации и декомпенсированным течением СД. Мужчин было 476 (48,5%), женщин – 512 (52%), в возрасте от 25 до 86 лет. Все пациенты обследованы с использованием рентгенографии, реовазографии, ультразвуковой диагностики, у всех диагностированы сопутствующие заболевания. У 15 (1,5%) пациентов СД в анамнезе были выполнены реконструктивные

Репозиторий ГрГМУ

сосудистые операции на подвздошно-бедренных и подколенно-берцовых сегментах артерий.

Результаты и их обсуждение. Комплексная консервативная терапия у всех пациентов включала коррекцию углеводных нарушений, рациональную антибиотикотерапию, коррекцию гомеостаза, применение ангиопротекторов, антигипоксантов, дезагрегантов и нейротропных средств, симптоматическую терапию, методы экстракорпоральной детоксикации, квантовую терапию (УФО, ВЛОК), оксибаротерапию и фотодинамическую терапию. Для улучшения регионарного кровотока применяли ангиопротекторы, спазмолитические средства, препараты улучшающие реологические свойства крови и внутриартериальные инфузии смеси препаратов. Что касается оперативного лечения, в клинике приняты две тактики: активная, при которой производятся ампутации нижних конечностей на разных уровнях в первые часы с момента госпитализации и/или вскрытие абсцессов и флегмон мягких тканей, некрэктомия при прогрессирующих гнойно-некротических процессах на стопе. Вторая – выжидательная, когда настойчиво проводится комплексное консервативное лечение и этапные хирургические вмешательства. Оперативные вмешательства по экстренным показаниям (от 4 до 12) выполнены в объеме: некрэктомия, вскрытие и дренирование клетчаточных пространств, остеонекрэктомия – у 428 (43,22%) больных; ампутации на уровне бедра в связи с флегмонами стопы, переходом ее на голень и развитием анаэробной гангрены стопы и голени – у 52 (5,2%). Срочные оперативные вмешательства (от 24 до 48 часов), вскрытие глубоких абсцессов стопы, недренируемых гнойных затеков, прогрессирующей влажной гангрены и/или флегмоны стопы – у 262 (26,4%) больных, из них ампутации на уровне бедра – у 13. В отсроченном периоде (от 8 до 14 суток) оперативные вмешательства проведены 249 (25,1%) пациентам в объеме: метатарзальные резекции, остеонекрэктомии – у 114 пациентов; ампутации стопы по Шарпу и Шопару – у 86; ампутации на уровне бедра – у 43; ампутации на уровне голени – у 6. У 9 (0,9%) пациентов диагностирован сепсис. За последние 5 лет умерло 20 (2%) больных, 14 из них - в послеоперационном периоде.

Репозиторий ГрГМУ

Выводы. Увеличение количества больных СД в Беларуси на 10% в год и регистрация около 20 000 случаев впервые выявленного СД свидетельствует о продолжающемся распространении данной патологии и ее осложнений среди населения трудоспособного возраста. Гнойно-некротические осложнения СДС в структуре инвалидизации и летальности пациентов занимают лидирующие позиции. Есть необходимость проведения информирования населения о том, что своевременная диагностика и профилактика СДС позволит, еще на амбулаторном этапе лечения, определить показания для госпитализации в хирургическое отделение для планового оперативного лечения, до развития гнойно-некротических осложнений и критической ишемии нижних конечностей. Несмотря на то, что в Беларуси, как и во всем мире, проводятся научные исследования и внедрение в клиническую практику новых методов лечения СД и его грозных осложнений, остается не решенным вопрос о единой тактике ведения этих пациентов и сроках проведения оперативных вмешательств при осложненных формах СДС. Комплексные методы лечения гнойно-некротических форм СДС, включающие консервативную терапию, этапные хирургические вмешательства и реконструктивные операции на сосудах, позволят уменьшить количество ранних высоких ампутаций нижних конечностей и значительно снизить летальность.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Суров А.Н., Могилевец Э.В., Жибер В.М., Шевчук Д.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Актуальность. Несмотря на множество методов и способов лечения цирроза печени (ЦП) с синдромом портальной гипертензии (СПГ), остается нерешенной основная суть проблемы – улучшение результатов лечения, уменьшение общей и послеоперационной летальности. В Республике Беларусь за

Репозиторий ГрГМУ

последние 10 лет летальность при ЦП возросла почти в 2 раза и не имеет тенденции к снижению. Летальность при возникновении кровотечения из варикозно-расширеных вен пищевода (ВРВП) впервые, составляет 30-50%. В течение первых 2-х лет у 100% пациентов кровотечение повторяется, и при рецидиве умирает еще 40-50% больных. Основная цель и задачи лечения кровотечений, обусловленных ЦП и СПГ, разработаны и общеизвестны, однако, возможность медикаментозной коррекции кровотечений при этой патологии преувеличена, как считают ведущие специалисты экстренной хирургии и портальной гипертензии [1]. При источнике кровотечения из ВРВПа, для остановки и предотвращения рецидива кровотечения используется эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ) и эндоскопическое лигирование варикозных вен (ЭЛВ). Обе процедуры позволяют остановить кровотечение у 75-91% больных, однако рецидивы после эндоскопической терапии развиваются примерно в 40% случаев. В условиях неотложной хирургии для остановки продолжающегося кровотечения из ВРВП наиболее часто используют зонд Блэкмора (балонная тампонада) источника кровотечения. Его эффективность в начальном контроле кровотечения (24-48 ч) составляет 80-84%. Ранние рецидивы кровотечения развиваются более чем у половины больных. Если кровотечение, обусловленное ЦП и ПГ, не удается контролировать балонной тампонадой, эндоскопическими методами и фармакотерапией, следует переходить к оперативному лечению. Наиболее часто выполняются транссекция пищевода, эндоваскулярная эмболизация вен, трансъюгулярное внутрипеченочное портокавальное шунтирование и другие виды шунтов, при необходимости и по показаниям может рассматриваться вопрос о трансплантации печени. Предметом настоящего исследования стали результаты применения экстренной и плановой ЭСТ и ЭЛВ для достижения гемостаза при кровотечениях из ВРВП портального генеза, а также анализ непосредственных результатов оперативных методов лечения в рамках плана выполняемой темы научно-исследовательской работы, запланированной в 2010 году «Разработка новых и совершенствование применяющихся методов хирургического лечения цирроза печени и его осложнений».

Репозиторий ГрГМУ

Методы исследования. Изучены результаты применения различных методов гемостаза у 188 больных ЦП с СПГ осложненных кровотечением из ВРВП, госпитализированных в центр гастродуоденальных кровотечений (ГДК) с 2011 по апрель 2013 г. Мужчин было 141 (75%), женщин – 47 (25%), средний возраст – 52,4 года. В реанимационное отделение госпитализировано 62 (33%), в хирургическое - 126 (67%) пациентов. У всех больных лечение включало гемостатическую, инфузионную терапию, гемотрансфузии и балонную тампонаду кровоточащих вен зондом Блэкмора. Оперативные методы лечения применены у 6 (3,2%) пациентов. У 3 выполнена лапароскопическая деваскуляризация желудка и абдоминальной части пищевода, у 1 – селективная проксимальная ваготомия, пилоропластика и аппаратная транссекция пищевода при традиционном оперативном доступе, еще в 1 случае - сформирован мезентериокавальный анастамоз типа – Н, с перевязкой левой желудочной артерии и вены, и в 1 случае - спленэктомия с резекцией хвоста поджелудочной железы. У 8 (4,3%) больных с напряженным асцитом по экстренным показаниям после остановки кровотечения выполняли лапароцентез. Проводилось исследование влияния фотодинамической терапии на течение процессов регенерации у экспериментальных животных с предварительно смоделированным хроническим токсическим гепатитом. Установлено положительное влияние предложенной методики на восстановление морфологической структуры печеночной ткани и функциональной активности гепатоцитов.

Результаты и их обсуждение. Состоявшееся кровотечение диагностировано у 50 (26,6%) больных. У 35 (70%) из них во время диагностики выполнена интравазальная склерозация расширенных вен с целью профилактики рецидива кровотечения. При продолжающемся кровотечении из ВРВП у 138 (73,4%) пациентов применена балонная тампонада кровоточащих вен зондом Блекмора, гемостаз достигнут практически у всех, однако после снятия, через 8-10 часов компрессии кровотечение возобновилось у 23 (16,7%) пациентов. У 17 (9%), из них успешно проведен эндогемостаз (клипирование - 8, накладывание лигатур – 1, инфильтрационный гемостаз - 8). В связи с продолжающимся

Репозиторий ГрГМУ

кровотечением у 6 (4,3%) проведена повторная балонная тампонада. У 79 (42%) пациентов после остановки кровотечения с помощью тампонады, склерозация ВРВП проведена по общепринятой в клинике методике. Плановая склеротерапия проводилась у 38 пациентов, госпитализированных в центр ГДК в плановом порядке, каждому пациенту выполнялось от 2 до 5 этапных склезораций. За анализируемый период умерло 49 (26%) больных, летальность – 26%.

Выводы. Анализ результатов оказания экстренной помощи при кровотечении из вен пищевода, попытка разрабатывать и применять возможные методы снижения летальности как в экстренном, так и в плановом порядке не удовлетворяют хирургов, так как прогнозировать длительность гемостатического эффекта консервативной терапии и эндоскопического гемостаза невозможно. Рецидив кровотечения может возникнуть у больных ЦП с СПГ в любое время после достижения временного гемостаза. Считаем, что успех лечения зависит от комплексного подхода, который должен включать операцию, малоинвазивные эндоскопические технологии или продолжение консервативной терапии, но каждое направление требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

Литература

1. Ерамишанцев, А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / 50 лекций по хирургии [под ред. Савельева В.С.] Медиа-Медика. – 2003. – С. 263-268.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алексо Е.Н., Чалая Е.В., Демидик С.Н., Шейфер Ю.А., Шевчук Д.В., Авласенко В.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время во многих странах мира эпидемиологическая обстановка по туберкулезу остается неблагоприятной. Важное значение в связи с этим приобретает проблема туберкулеза с множественной лекарственной

Репозиторий ГрГМУ

устойчивостью возбудителя, который называют МЛУ-ТБ. За последние 5 лет число таких больных увеличилось в 4 раза, а с наиболее неблагоприятным его вариантом – наличием широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ-ТБ) в 10 раз [3, 5].

В Гродненской области, по отчетным данным за 2012 г., удельный вес МЛУ ТБ среди впервые выявленных, бактериовыделителей составил 36,3%, среди всех бактериовыделителей – 63,6%.

Эффективность лечения МЛУ-туберкулеза значительно ниже, чем лекарственно-чувствительных его форм [1, 2, 4, 6]. В европейском регионе показатели успешности лечения в 2010 г. снизились до 68,7% у пациентов с новыми случаями и 47,6% - у ранее леченных [6]. Недостаточно изучен вопрос об отдаленных результатах лечения этих форм.

Цель настоящей работы - оценить эффективность стационарного и амбулаторного лечения пациентов с наличием МЛУ-ТБ к противотуберкулезным препаратам (ПТП).

Материал и методы. Обследовано 156 пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике Гродненского областного противотуберкулезного диспансера. Преобладали мужчины (128 – 82,05%) трудоспособного возраста (144 – 92,3%). Из клинических форм туберкулеза наиболее часто встречался инфильтративный – у 107 пациентов (68,6%) и диссеминированный – у 22 (14,1%). Малые формы туберкулезного процесса – очаговый и туберкулема отмечены всего у 9% пациентов. Почти все пациенты (147 – 94,2%) были бактериовыделителями. У 9 МЛУ МБТ обнаруживалась в прошлом. Негативным фактором является высокая частота лекарственной устойчивости одновременно к пяти и более ПТП – у 78 пациентов (50%). ШЛУ МБТ наблюдалась у 10 (6,4%). Полости распада в легких были обнаружены у 88 (56,4%). Ситуация усугублялась наличием у преобладающего большинства пациентов отягощающих факторов. Их не было установлено лишь только у 24 пациентов (15,4%). В то же время злоупотребление алкоголем выявлено у 95 (60,9%), прибыли из ИТУ – 25 (16,0%), заболевания ЖКТ и печени – у 41 (26,3%), ХНЗОД – у 23 (14,7) и т.д., несколько факторов одновременно – у 49 (31,4%). Лечение осуществлялось согласно существующим

Репозиторий ГрГМУ

инструкциям и протоколам для пациентов IV клинической категории.

Результаты и обсуждение. В условиях стационара наблюдение проведено за 146 пациентами. 10 выбыли вскоре после поступления. Большинство из них одновременно принимало 5 ПТП – 93 человека (63,7%), 6 ПТП получали 39 (26,7%), более 6-ти – 5 (3,4%). При такой активной химиотерапии с длительностью интенсивной фазы 6-8 месяцев часто возникали нежелательные побочные реакции (НПР) на ПТП – у 114 пациентов, т.е. у 78,1%. Аллергические НПР развились у 22 (15,1%), токсические – у 85 (58,2%), клинические проявления дисбактериоза – у 13 (8,9%). Ликвидация клинических проявлений интоксикации произошла у 102-х из 118-ти (86,4%) пациентов с их исходным наличием. Прекращение бактериовыделения достигнуто у 104 из 137 бактериовыделителей или у 75,9%. 33 (24,1%) пациента к моменту выписки (перевода, самовольного ухода) продолжали выделять МБТ. Заживление полостей распада получено у 41 (46,6%), уменьшение в размерах – у 17 (19,3%), всего положительная динамика – у 58, т.е. в 65,9%. Положительная рентгенологическая динамика туберкулезных изменений в легких определена у 128 пациентов (87,7%), отсутствовала – у 11 (7,5%), прогрессирование процесса – у 7 (4,8%). В целом результаты лечения за период пребывания пациентов в стационаре выглядит следующим образом: излечение – у 81 пациента (55,5%), лечение завершено – у 23 (15,8%), всего успешное лечение – у 104 (71,3%), неудача лечения – у 24 (16,4%), умерло – 7 (4,8%), в том числе от туберкулеза – 6 (4,1%), прервано лечение – 3 (2,05%). Если исключить из общего числа пациентов 7 человек, находившихся в стационаре менее 3-х месяцев и переведенных в другие учреждения с наличием бактериовыделения, то показатель эффективности составит 74,8%. Отдаленные результаты определены у 141 пациента при среднем сроке наблюдения 3,5 года после выписки из стационара, в том числе до 3-х лет – 44 (31,2%), 3-4 года – 66 (46,8%), свыше 4-х – 31 (22,0%). На момент последнего обследования в легких зафиксированы изменения следующего характера: полное рассасывание или незначительный фиброз – у 6 пациентов (4,25%), фиброзно-

Репозиторий ГрГМУ

очаговые изменения – у 28 (19,9%), цирроз – у 1 (0,7%), туберкулема – у 2 (1,4%). Инфильтративный туберкулез активный определен у 22 пациентов (15,6%), казеозная пневмония – у 2 (1,4%), кавернозный туберкулез – у 2 (1,4%), фиброзно-кавернозный – у 17 (12,1%), цирротический – у 4 (2,8%). Бактериовыделение отсутствовало у 103 пациентов (73,1%), обнаруживалось у 38 (26,9%). Полости распада выявлялись у 37 (26,2%). Работало 47 пациентов (34,8% к числу лиц трудоспособного возраста), инвалидов по туберкулезу было 26 (18,4%). Всего умерло от туберкулеза с момента поступления в стационар 18 пациентов из 146, т.е. 12,3%, от других причин – 10 (6,8%), общая летальность составила 19,2%. В целом эффективной (излечен и лечение завершено) терапия оказалась у 101 пациента из 141, что составляет 71,6%. Этот показатель выше приведенного по Европейскому региону и свидетельствует о возможностях достижения удовлетворительных результатов при МЛУ-ТБ, для которого характерна значительная распространенность процесса, тяжесть течения, высокая бациллярность.

Выводы.

1. Среди пациентов с МЛУ-туберкулезом преобладают лица трудоспособного возраста с выраженными формами заболевания (инфильтративная, диссеминированная) с наличием бактериовыделения (94,2%) и отягощающих факторов у абсолютного большинства.

2. Наличие ЛУ одновременно к 4-5 и более ПТП наблюдается у большинства пациентов.

3. При проведении стандартизированной химиотерапии преимущественно препаратами резерва отмечается высокая частота НПР на ПТП (78,1%).

4. Несмотря на наличие ряда неблагоприятных факторов, проведение адекватной терапии на стационарном и амбулаторном этапах позволило добиться довольно хорошей эффективности – у 71,6% пациентов (на стационарном этапе – у 74,8%) при относительно невысокой летальности от туберкулеза (12,3%).

Литература

1. Богодская, Е.М. Результаты основного курса лечения больных туберкулезом легких, зарегистрированные в 2007 г. / Е.М. Богородская, С.А. Стреликов // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - № 11. – С. 30-37.

Репозиторий ГрГМУ

2. Результаты лечения 100 больных туберкулезом с / МЛУ, получавших лекарственные препараты по одобрению комитета «Зеленый свет» ВОЗ в 2005 году в Архангельской области / В.А. Власова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - № 8. – С. 44-49.

3. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Гуревич Г.Л. [и др.] // Матер. междун. научно-практич. конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 21-26.

4. Русович, В. Приоритеты контроля туберкулеза с МЛУ в Европейском регионе ВОЗ и Беларуси / В. Русович // Матер. междун. научно-практич. конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 30-32.

5. Факторы риска туберкулеза с МЛУ в Беларуси: данные республиканского репрезентативного надзора / Е.М. Скрягина [и др.] // Матер. междун. научно-практич. конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 33-34.

6. Gillespie, S.H. Evolution of c/rug resistance in Mycobacterium tuberculosis: Clinical and molecular perspective // Antimicrob. Agents Chemoter. – 2002. – V. 46. - № 2. – P. 267-274.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ У КРЫСЯТ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ

Глуткин А.В., Ковальчук В.И., Гуляй И.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. При термическом поражении отмечается тяжелое токсическое поражение клеток организма, которое обусловлено расстройствами регионарного кровотока и микроциркуляции, развитием тяжелой гипоксии, усилением генерации активных форм кислорода, прогрессирующей активации процессов липопероксидации и ослаблению механизмов антиоксидантной защиты.

В связи с вышеизложенным *целью данной работы* являлось изучение влияния эмоксипина, ВЛОК и их комбинации на свободнорадикальные процессы у крысят после моделирования термического ожога.

Методы исследования. Экспериментальное исследование выполнено на беспородных белых крысятах массой 55-65 г в возрасте 30 суток, n=90. После введения внутрибрюшинно тиопентала натрия (50 мг/кг), моделировали термический ожог кожи горячей жидкостью (вода) температурой 99-100°С с помощью специально разработанного устройства в течение 10

Репозиторий ГрГМУ

сек, площадью около 8-9% от всей поверхности тела. В результате манипуляции получали стандартные по площади (около 12 $см^2$) ожоговые раны, защита которых от воздействия внешних факторов осуществляли с помощью предохранительной камеры. Все животные, у которых моделировался данный патологический процесс, были разделены на 4 основные группы: 1-ая - контрольная, в 2-ой осуществляли введение эмоксипина, в 3-ей выполняли ВЛОК, в 4-ой проводилось применение двух этих факторов.

1% раствор эмоксипина (РУП «Белмедпрепараты») в дозировке 2,5 мг/кг вводили внутрибрюшинно через 1 час после ожоговой травмы с последующим ежедневным введением (от 1 до 10 дней). Для проведения ВЛОК процедуры использовали аппарат лазерной терапии «Люзар-МП» (Беларусь) и одноразовый стерильный световод с иглой, который вводили в одну из вен хвоста животного. Гемотерапию осуществляли при длине волны 0,67 мкм, мощностью излучения на конце световода 1,5–2,0 мВт. Время первого сеанса лазерного излучения составило 5 мин, последующие 4 сеанса - 6 мин. На 3-е, 7-е, 14-е сутки от момента получения термического ожога проводили забор тканей (лёгкое, печень, почка, сердце) для изучения показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АОЗ) в тканях. Содержание малонового диальдегида (МДА) оценивали спектрофотометрически по насыщенности окраски триметинового комплекса розового цвета при длине волны 540 нм. Активность каталазы оценивалась по способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойко окрашенный комплекс при длине волны 410 нм на спектрофотометре «СФ-46». Полученные данные статистически обрабатывались с помощью программы «Statistica 6.0» (Statsoft Inc, US).

Результаты и их обсуждения. На 3-ие сутки после моделирования термической травмы в условиях проведенной коррекции отмечено значительное снижение концентрации МДА во всех тканях. После введения эмоксипина данный показатель снижается в печени - на 13,0% ($p<0,05$), в лёгком - на 16,7% ($p<0,001$), в сердце - на 14,2% ($p<0,001$), в почке - на 11,0% ($p<0,05$), мкмоль/г. В группе с использование ВЛОК отмечается также его снижение в данных тканях. При использовании

Репозиторий ГрГМУ

комбинации эмоксипина и ВЛОК происходит снижение данного показателя в печени - на 11,7% ($p<0,05$), в лёгком - на 17,8% ($p<0,01$), в сердце - на 11,4% ($p<0,05$), в почке - на 10,2% ($p<0,001$), мкмоль/г. Данный параметр во всех тканях на 7-ые, 14-ые сутки после воспроизведения ожога с последующей коррекцией также остаётся сниженным по отношению к группе контроля.

В результате термического ожога активность каталазы в тканях после проведённой коррекции во всех группах увеличивается по отношению к контрольной группе на 3-ие, 7-ые сутки. На 14-ые сутки отмечены наиболее высокие его значения. После введения эмоксипина данный параметр увеличивался в печени – на 71,5% ($p<0,001$), в почке – на 63,3% ($p<0,001$), в лёгком – 142,5% ($p<0,001$), в сердце – на 39,1% ($p<0,001$), ммольH_2O_2/мин на 1 г белка. При использовании лазерного воздействия и комбинированной терапии также были отмечены наиболее высокие значения данного показателя.

Известно, что при развитии тяжёлой экспериментальной термической травмы, возникает дефицит объёма циркулирующей крови, снижение артериального давления и минутного объёма крови, что влечёт к усилению частоты сердечных сокращений и уменьшению объёма сосудистого русла, обуславливая развитие капиллярной перфузии и нарушения обмена веществ в органах и тканях с последующим развитием метаболического ацидоза.

Выводы. При данном экспериментальном состоянии использование эмоксипина, ВЛОК и их комбинации обуславливало уменьшением содержания МДА в тканях печени, лёгкого, почки, сердца, увеличения активности каталазы в данных тканях, но характеризовалось однонаправленным характером изменения данных параметров.

Литература

1. Цитопротекторный эффект цитофлавина при лечении термической травмы различной степени тяжести / А.Ю. Божедомов [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 1. - С. 38-42.

2. Камышников, В.С. Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: в 2 т. / В.С. Камышников. – 2-е изд. – Мн.: Беларусь, 2002. – Т. 1. – 465 с.

3. Королюк, М.А. Метод определения активности каталазы / М.А. Королюк [и др.] // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 16-19.

4. Гемодинамические и метаболические нарушения у крыс при тяжёлой термической травме и их коррекция / М.А. Гольдзон [и др.] // Вестник уральской медицинской академической науки. - 2010. - № 2. - С. 67-69.

Репозиторий ГрГМУ

УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Глуткина Н.В., Пырочкин В.М., Шулика В.Р.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Метаболический синдром (МС) обуславливает чрезвычайно высокий риск развития ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом, что актуально для выявления факторов агрессии, влияющих на течение кардио-васкулярной патологии, поиска неинвазивных способов ее ранней диагностики. У пациентов с МС, основным компонентом, которого является абдоминальное ожирение, секретируются в гораздо большем количестве лептин, увеличивающий инсулинорезистентность, и уменьшается секреция адипонектина, снижающего степень инсулинорезистентности. Лептин - полипептид, который продуцируется в жировой ткани и действует на уровне аркуатного ядра, регулируя потребление пищи и вес тела, выполняющего важную роль в поддержании энергетического и метаболического гомеостаза. В настоящее время обсуждается роль лептина в развитии инфаркта миокарда (ИМ) и его осложнений, его высокий уровень в плазме крови рассматривают как предиктор развития данной патологии независимо от индекса массы тела [Vykoukal D., Davies M.G., 201]. В связи с изложенным, целью работы является изучение уровня лептина у пациентов с перенесенным ИМ в сочетании с МС.

Материал и методы. В исследование были включены 111 пациентов, которые были разделены на 5 групп. 1–я группа состояла из 15 соматически здоровых лиц (5 женщин; 10 мужчин) в возрасте 54,0 (53,0; 57,0) лет, у которых отсутствовали анамнестические и клинические признаки ИБС (на ЭКГ, при выполнении эхокардиографии), 2-я группа - 19 пациентов (8 женщин и 11 мужчин, средний возраст пациентов – 60,0 (53,0; 65,0) лет) с ИБС: стабильной стенокардией напряжения ФК 2 в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I степени (NYHA). Группа 3 включала 25 пациентов (5 женщин и

Репозиторий ГрГМУ

20 мужчин), средний возраст 57,0 (53,0; 64,0) лет, перенесших Q-ИМ в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I–II степени (NYHA). Группа 4 состояла из 27 пациентов женского и мужского пола (6 женщин и 21 мужчина), средний возраст 58,0 (53,0; 63,0) лет, перенесших Q-ИМ в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I–II степени (NYHA) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Группа 5 включала 25 пациентов женского и мужского пола (7 женщин и 18 мужчина), средний возраст 58,0 (50,0; 61,0) лет, перенесших Q-ИМ в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I–II степени (NYHA) с МС. Забор крови для исследований осуществлялся на 25-е и 60-е сутки от начала заболевания. Содержание лептина определяли методом иммуноферментного анализа, используя наборы фирмы «DRG LEPTIN ELISA». Концентрацию α-токоферола определяли по методу S.L. Taylor, определяя интенсивность флуоресценции гептанового экстракта.

Статистически анализ полученных данных выполнялся с помощью программы «Statistica».

Результаты и обсуждение. У здоровых лиц концентрация лептина имело значение -4,9 (3,29;5,6) нг/мл, концентрация α-токоферола - 22,74 (18,38; 24,58) мкмоль/л, а у пациентов с ИБС его уровень - 13,31 (10,74; 22,98) нг/мл. У пациентов с перенесенным ИМ его концентрация уменьшалась с 16,95 (15,57; 21,87) на 25-е сутки до 13,64 (12,28; 15,33) нг/мл на 60-е сутки, что достоверно выше, чем у здоровых лиц, а также к концу исследуемого периода концентрация α-токоферола возрастала. У лиц с перенесенным ИМ при МС исходно значение лептина составляло 25,04 (21,73; 27,6) нг/мл нг/мл, а к концу исследуемого периода уменьшился до 19,67 (15,37; 21,92), вместе с этим к концу 60-х суток концентрация α-токоферола увеличивалась с 12,69 (11,74; 13,87) до 13,5 (11,67; 15,2) мкмоль/л. У лиц с перенесенным ИМ при СД 2 го типа на 25-е сутки уровень лептина был 22,29 (18,20; 25,45), концентрация α-токоферола была 13,05 (19,02; 15,79) мкмоль/л, к концу 60-х суток снизился уровень лептина до 15,54 (13,08; 19,72), а

Репозиторий ГрГМУ

концентрация α-токоферола увеличилась.

МС обуславливает формирование целого каскада обменных и регуляторных нарушений, которые прямо или опосредованно влияют на систему гемостаза, реологические свойства крови, и, в частности, механизмы ее транспорта кислорода. Сочетание атеросклеротического процесса с гипергликемией и инсулинорезистентностью сопровождается более выраженным нарушением функционального состояния микроциркуляторного русла по сравнению с пациентами без СД 2 го типа за счет снижения резерва вазодилатации микрососудов и нарушения кровообращения периферических тканей.

Таким образом, результаты выполненных исследований о характере изменения содержания лептина в постинфарктный период (на 25-60-ые сутки) отражают сложный характер его изменения. Также к концу исследуемого периода наблюдается увелечение антиоксидантных свойств крови.

Литература

1. Каменская О.В., Клинкова А.С., Логинова И.Ю., Левичева Е.Н., Чернявский А.М. Функциональное состояние микроциркуляторного кровотока периферических тканей у пациентов с системным атеросклерозом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2012. – Т. 42, № 2. – С. 16-21.

2. Митьковская Н.П., Григоренко Е.А., Данилова Л.И. Сердце и метаболический риск.– Минск: Беларус. наука, 2008. – 277 с.

3. Nikolopoulou A., Kadoglou N.P. Obesity and metabolic syndrome as related to cardiovascular disease // Expert. Rev. Cardiovasc. Ther. – 2012. – Vol. 10, № 7. – P. 933-939.

4. Vykoukal D., Davies M.G. Vascular biology of metabolic syndrome // J. Vasc. Surg. – 2011. – Vol. 54, № 3. – P. 819-831.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТИМПАНОАНТРАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Головач Е.Н., Хоров О.Г., Логис О.В., Бородавко П.Н.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Направление отохирургии в Белоруссии претерпело существенные изменения: от чисто санирующих вмешательств в сторону функционально-реконструктивных. Такая тенденция соответствует современной общемировой практике.

Репозиторий ГрГМУ

Весьма сложная проблема в области реконструктивной хирургии среднего уха – обеспечение стабильности восстановленной путём операции неотимпанальной системы. Существенное значение в вопросе реконструкции среднего уха имеют дискуссии по объёму его реконструкции - закрытого или открытого типа, которые до сих пор не утихают [1, 2, 3].

Цель. Оценить результаты хирургического лечения пациентов с ХГСО с применением хрящевых пластин и костной муки.

Методы исследования. В исследование включено 34 пациента с хроническим гнойным средним отитом. Клинической базой исследования послужили отделения оториноларингологического профиля для взрослых и детей Гродненской областной клинической больницы.

В объем обследования пациентов входили: отоскопия, микроотоскопия, риноскопия, эндоскопия носоглотки, акуметрия, аудиометрия, импедансометрия, исследование функции слуховой трубы, рентгенография височных костей, компьютерная томография височных костей. Распределение пациентов по полу: женщины - 21 (61,74%), мужчины - 13 (38,22%). Дети до 18 лет составили - 8 (23,53%). Средний возраст пациентов 31,3±3,3. Данным заболеванием страдали с детства 17 (50%) пациентов, средняя длительность болезни остальных составила более 5 лет.

При поступлении в стационар обострения заболевания у пациентов не было. У 27 (79,41%) пациентов выделений из уха не было в ближайшие 6 и более месяцев до поступления в клинику. Во время проведения обследования было установлено, что 14 (41,18%) пациентов имеют снижение слуха и на второе ухо. У 6 (17,65%) из них был выявлен ХГСО, у - 5 (14,7%) адгезивный средний отит, у 3 (8,83%) - сенсоневральная тугоухость. У 28 (82,32%) пациентов на дооперативном этапе были выявлены различные нарушения вентиляционной функции слуховой трубы (3, 4 степени). У подавляющего большинства наблюдались изменения при составлении слухового паспорта. Социально-адекватный слух был у 13 пациентов (38,22%).

Всем пациентам проводилось хирургическое лечение: тимпанопластика открытого или закрытого типа с применением хрящевых пластин и костной муки на реконструктивном этапе по

Репозиторий ГрГМУ

разработанной нами методике. В послеоперационном периоде пациентам назначалась кинезиотерапия глоточных мышц.

Результаты и их обсуждение. Для оценки клинико-морфологических результатов тимпанопластики была использована разработанная ранее рабочая классификация (Плавский Д.М., Хоров О.Г): «отличный», «хороший», «удовлетворительный» и «неудовлетворительный». Оценка клинико-морфологических результатов операции проводилась в сроках 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения.

Таблица - Клинико-морфологические результаты операции в различные сроки

Результаты	Число пациентов в сроки					
	3 мес		6 мес		12 мес	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отличный	6	17,64	6	17,64	6	17,64
Хороший	25	73,5	25	73,5	23	67,62
Удовлетворительный	3	8,82	3	8,82	4	11,76
Неудовлетворительный	0	0	0	0	1	2,94
Всего	34	100	34	100	34	100

Количество пациентов с социально-адекватным уровнем слуха до операции составило 38,22%, через 6 месяцев после операции - 67,62%, через 12 месяцев функциональный результат оставался стабильным. Увеличение количества пациентов с социально-адекватным уровнем слуха во все сроки наблюдения после операции оказалось достоверным ($P<0,05$).

Выводы.

1. Использование хрящевых пластин с насечками и костной муки позволяет сформировать стенки неотимпанальной полости и неотимпанальную мембрану, способствует сохранению путей вентиляции в среднем ухе для всей неотимпанальной системы.

2. «Отличный» и «хороший» клинико-морфологический результат получен у 17,64% и 67,62% пациентов в сроке 12 месяцев после операции.

Литература

1. Крюков, А.И. Современные аспекты лечения больных хроническим гнойным средним отитом в детском возрасте / А.И. Крюков, А.Ю. Ивойлов // Наука и практика в оториноларингологии: материалы 7 Всероссийской науч.-практ. конф., Москва, 2009 г.

Репозиторий ГрГМУ

/ Российский гос. мед. ун-т; редкол.: Пальчун В.Т. [и др.]. - Москва, 2009. – С. 99-100.

2. Меланьин, В.Д. Формирование полости среднего уха при первичной тимпанопластике / В.Д. Меланьин, О.Г. Хоров // - Вестн. оториноларингологии. – 1999. - № 4. – С. 46-47.

3. Нугуманов, А.А. Реконструктивная хирургия хронического гнойного среднего отита / А.А. Нугуманов, А.Я. Нугуманов // - Рос. Оторинолар. - 2010. - № 6 (49). - С. 54-50.

ФАКУЛЬТАТИВ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЯЗЫКОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ НЕЯЗЫКОВЫХ ВУЗОВ

Головач Т.Н., Макаревич Е.Ф.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Модернизация системы образования и ее содержания повысила значимость иностранного языка как дисциплины, направленной на формирование коммуникативных языковых компетенций.

Таким образом, совершенно очевидно, что требования, предъявляемые к уровню языковой компетенции учащихся, достаточно высоки. К сожалению, не все студенты обладают необходимыми знаниями в области иностранного языка, в силу того, что средняя школа не всегда способствует достижению требуемого вузом уровня сформированности языковых навыков и речевых умений.

Решить эту проблему позволяет организация факультативных занятий, которые значительно расширяют возможности преподавания языка и делают саму систему обучения языку более гибкой с учетом различного уровня языковой подготовки учащихся.

Практика показывает, что к моменту поступления в вуз по тем или иным причинам студенты, не достигнув необходимого уровня владения иностранным языком, уже на первом курсе сталкиваются с серьезными трудностями. Им приходится иметь дело со специальной лексикой (язык специальности), которая представляет совершенно новый пласт, требующий серьезного осмысления.

Обучение языку в вузе связано с различными по объему специализированными текстовыми материалами, в которых в

Репозиторий ГрГМУ

значительном количестве представлена лексика и грамматические конструкции, свойственные языку специальности. Ситуация осложняется также и тем, что на начальном этапе студенты не обладают достаточными знаниями в профессиональной области на русском языке, что также вызывает определенные трудности, связанные с пониманием и переводом текстов.

Количество часов, отведенных в рамках программы на изучение иностранного языка в неязыковом вузе, является недостаточным для того, чтобы подобная категория студентов самостоятельно могла преодолеть все трудности и выйти на требуемый уровень языковой компетенции.

В данной ситуации организация факультативного курса позволяет закрепить знания, полученные на основных занятиях, а также восполнить существующие пробелы как в области так называемого общего языка, так и в языке специальности [1, с. 23].

На кафедре иностранных языков Гродненского государственно медицинского университета факультативные занятия организованы для студентов 3-4 курсов лечебного, педиатрического и медико-диагностического факультетов. Поскольку ежегодно создается только 2-3 факультативные группы, в которых обучается по 8-12 человек, то зачисление в такие группы проходит на конкурсной основе после прохождения студентами пробного тестирования. Количество часов, которые отводятся на факультативные занятия, каждый факультет определяет самостоятельно. Занятия в группах проводятся 1 раз в неделю по 2 академических часа.

В целях обеспечения успешности процесса программа курса строиться с учетом потребностей и ожиданий самих студентов так, чтобы они не воспринимали факультативные занятия как простое повторение того, что изучалось во время основных занятий, а рассматривали данный курс как средство повышения уровня владения языком.

Для проведения занятий используются аудио и видео материалы, статьи из английских популярных журналов и интернета, многообразие лексико-грамматических упражнений, выполняемых на каждом практическом занятии. Основные учебные пособия, используемые на занятиях: V. Evants, J. Dooley “Medical”, Express Publishing, 2012; R. Murphy “English Grammar

Репозиторий ГрГМУ

in Use", Cambridge University Press, 2004; D. Sedov "Collection of English authentic texts", Minsk, Lexis, 2005.

Занятия ведутся по медицинской тематике согласно календарному плану. В качестве примера можно привести следующие темы: physical examination: diagnostic tests and equipment; taking a history: talking about symptoms; first aid; measurements: administering medication; healthy lifestyle; maintaining hygiene.

Таким образом, в основу факультативного курса по иностранному языку положено дальнейшее развитие максимального количества речевых умений на том лексическом и грамматическом материале, который изучается студентами во время основных занятий. Любое занятие в рамках факультатива направлено в первую очередь на формирование коммуникативной компетенции навыков устного общения.

В зависимости от цели занятия могут быть посвящены совершенствованию лексических или грамматических навыков построения высказывания, обучению монологическому высказыванию и диалогическому общению или могут совмещать вышеупомянутые навыки с развитием навыков чтения и аудирования. Развитию коммуникативных навыков способствуют выполнение речевых упражнений, а также обсуждение изучаемых тем в парах и группе в целом.

Занятия строятся на материале, где преобладает либо лексический, либо грамматический аспект. При этом грамматические явления обобщаются так, чтобы обеспечить на занятии определенную совокупность разнообразных коммуникативных заданий [2, с. 56].

В целом факультативные занятия позволяют развивать такие важные умения, как сопоставление, обобщение, четкое формулирование своей точки зрения, принятие решения в связи с поставленной проблемой, что особенно важно, так как может быть в будущем использовано в профессиональной деятельности учащихся.

Литература

1. Гальскова, Н.Д. Современная методика обучения иностранным языкам / Н.Д. Гальскова. – М.: Аркти – Глосса, - 2000.

2. Фокин, К.В. Методика преподавания иностранного языка / К.В. Фокина, Н.В. Костычева. – М.: Высшее образование, - 2008.

Репозиторий ГрГМУ

ПРЕДИКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДВУХ ПРОИЗВОДНЫХ ДЕКАГИДРОХИНОЛИНА, ОБЛАДАЮЩИХ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гончарук В.В., Бубен А.Л., Вдовиченко В.П., Курбат М.Н., Снежицкий В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Среди различных свойств химических соединений фармакологическая активность занимает особое место, поскольку благодаря ее наличию химические соединения могут найти применение в качестве лекарственных средств.

Цель - провести предикторный анализ двух новых, производных декагидрохинолина ФАВ-67 и ФАВ-68 (ФАВ – фармакологически активное вещество), синтезированых в АО «Институт химических наук им. А.Б. Бектурова» (г. Алма-Аты) под руководством К.Д. Пралиева и О.Т. Жилкибаева и обладающих противоаритмической активностью в эксперименте [1].

Материалы и методы. Предикторный анализ проводился при помощи программного комплекса PASS v. 10.2, разработанного сотрудниками Института биомедицинской химии им. В.Н. Ореховича [2]. Результаты оценки возможной активности представлены в виде таблицы названий вероятных видов активности с расчетными оценками вероятностей наличия (Pa) или отсутствия каждого вида активности (Pi), которые имеют значения от 0 до 1. Данные Pa и Pi каждого вида фармакологической активности рассчитываются независимо. Чем выше Pa и чем больше разница между Pa и Pi, тем больше вероятность обнаружить данную активность в эксперименте [2].

Чем ближе значение Pa к единице, тем более вероятно, что вещество является структурным или функциональным аналогом соединения с уже известной фармакологической активностью, поэтому, при выявлении соединений с достаточно высоким уровнем новизны (New Chemical Entity, NCE) – следует выбирать вещества, для которых величина прогнозируемой вероятности Pa около 0,5 [2].

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и обсуждение.

Таблица – Результаты предикторного анализа веществ

Вид активности	ФАВ-67		ФАВ-68	
	Pa	Pi	Pa	Pi
Антагонист α6β3β4α5 никотиновых рецепторов	0,651	0,051	0,686	0,039
Анестезирующее действие	0,541	0,029	0,563	0,025
Неопиоидный анальгетик	0,534	0,021	0,540	0,020
Лечение расстройств менопаузы	0,523	0,012	0,540	0,010
Антагонист α2β2 никотиновых рецепторов	0,490	0,080	0,545	0,063
Антагонист α4β4 никотиновых рецепторов	0,472	0,005	0,603	0,040
Тахикардия	0,386	0,159	0,481	0,097
Токсическое действие	0,358	0,121	0,397	0,106
Гипертензия	0,346	0,161	0,394	0,127
Дыхательные расстройства	0,345	0,112	0,395	0,086
Аллергический дерматит	0,329	0,148	0,380	0,109
Гипотензия	0,314	0,228	0,343	0,202
Тератогенное воздействие	0,304	0,092	0,387	0,070

Таким образом, результаты предикторного анализа ФАВ-67 и ФАВ-68 позволяют прогнозировать вероятные виды их биологической и фармакологической активности на основе их структуры: антагонистическое действие на некоторые типы никотиновых рецепторов, анестезирующее и анальгезирующее (неопиоидное) действие, активность в отношении лечения расстройств менопаузы (см. табл.).

Также была выявлена достаточно низкая вероятность таких нежелательных для любого исследуемого вещества свойства, как токсическое и тератогенное действие, способность вызывать аллергические кожные реакции и расстройства дыхания (см. табл. 1). Исходя из того, что ФАВ-67 и ФАВ-68 исследуются, прежде всего, как антиаритмически-активные соединения, важным результатом было подтверждение в ходе предикторного анализа низкой вероятности их способности вызывать тахикардию, гипертензию и гипотензию (см. табл.).

В ходе проведенных ранее экспериментов нами была предположена принадлежность ФАВ-67 и ФАВ-68 к I классу антиаритмиков [1]. Антиаритмики I класса снижают

Репозиторий ГГМУ

проницаемость клеточной мембраны для ионов натрия, аналогичный механизм действия присущ местным анестетикам: они, также как и антиаритмики I класса (преимущественно Ib), изменяют функцию клеточной мембраны, блокируя натриевые каналы. В этой связи, а также, учитывая достаточно высокую вероятность анестезирующего действия, по результатам предикторного анализа представляется обоснованным проведение дополнительного исследования ФАВ-67 и ФАВ-68 на наличие у них местноанестезирующей активности.

Нами было исключено наличие свойств антиаритмиков II класса у ФАВ-68 ввиду отрицательного результата опытов на адреналиновой аритмии [1], что подтверждается результатами предикторного анализа.

Важно, что исследуемые ФАВ-67 и ФАВ-68 имеют величину прогнозируемой вероятности Pa для всех видов активности не выше 0,686, это свидетельствует о том, что они являются соединениями с достаточно высоким уровнем новизны (NCE) [2].

Выводы.

1. Спрогнозировано наличие у ФАВ-67 и ФАВ-68 антагонистического действия на некоторые типы никотиновых рецепторов, анестезирующего действия, анальгезирующего (неопиоидного) действия, а также активности в отношении лечения расстройств периода менопаузы.

2. Выявлена низкая вероятность проявления у ФАВ-67 и ФАВ-68 токсического и тератогенного действия, способности вызывать аллергические кожные реакции, расстройства дыхания, тахикардию, гипертензию и гипотензию.

3. ФАВ-67 и ФАВ-68 являются соединениями с достаточно высоким уровнем новизны.

Литература

1. Вдовиченко, В.П. Противоаритмическая активность новых производных декагидрохинолина на экспериментальных моделях аритмий / В.П. Вдовиченко [и др.] // «Экспериментальная и клиническая фармакология»: Материалы международной научно-практической конференции, Гродно 29-30 сентября 2011 г. / ГрГМУ; редкол.: П.С. Пронько [и др.]. – Гродно, 2011. – С. 29-33.

2. Poroikov, V.V. Robustness of biological activity spectra predicting by computer program PASS for noncongeneric sets of chemical compounds / V.V. Poroikov [et al.] // J. Chem. Inf. Comput. Sci. - 2000. - V. 40, № 6. - P. 1349-1355.

Репозиторий ГрГМУ

ЧАСТОТА КРИСТАЛЛУРИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КАК РИСК РАЗВИТИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Горбачевский П.Р.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одной из острейших и важнейших современных проблем стали проблемы детей подросткового возраста, так как в этом возрасте формируется репродуктивный и интеллектуальный потенциал. Именно подростки наиболее подвержены социально-негативному влиянию среды и общества, а изменения условий и образа жизни, характера питания в определенной мере накладывают отпечаток на раннее возникновение и быстрое прогрессирование различных заболеваний.

В структуре заболеваний детского населения болезни почек и мочевыводящих путей прочно занимают второе место. По данным популяционных обследований, они диагностируются в среднем в 29 случаях на 1000 человек. Согласно данным российских авторов, частота заболеваний мочевыделительной системы у детей за последнее десятилетие увеличилась в 2,5-3 раза и составляет от 20,6 до 106,0 на 1000 детского населения в зависимости от региона России [1]. Проблема заболеваний органов мочеполовой системы актуальна и для нашей страны, особенно это касается мочекаменной болезни (МКБ) как хронического заболевания, требующего больших затрат в терапии и склонного к рецидивированию. Так, общая заболеваемость населения республики уролитиазом увеличилась на 58%, первичная – на 79%. Для сравнения: темп прироста общей заболеваемости населения по всем нозологическим формам за этот же период составил 22,4%, первичной – 14,8% [2, 3]. Наиболее высокий уровень общей заболеваемости МКБ отмечается в Минске, в 2005г. этот показатель был достоверно выше, чем по республике в целом, а наиболее значительные темпы прироста – в Брестской (105%), Гродненской (90%) и Минской (89%) областях. Больше всего прослеживается рост патологии среди подростков: за 12 лет наблюдения рост общей заболеваемости МКБ данного контингента составил 69%, первичной – 95%.

Репозиторий ГрГМУ

Мочекаменная болезнь – заболевание, которое проявляется образованием камней в почках и других органах мочевыделительной системы. Это биофизический феномен, в результате которого в моче, особенно при ее высокой плотности, происходит образование кристаллов, их агрегация и рост, что приводит к формированию камней на протяжении всего мочевыводящего тракта, нарушению структуры и функции органов мочевыделения. Иными словами, образующиеся кристаллы, проходя по мочевыводящему тракту, травмируют стенку эпителия, приводя к гематурии той или иной степени выраженности.

Педиатры всего мира отмечают увеличение числа пациентов с различными формами персистирующих кристаллурий. Зачастую наличие кристаллов солей в мочевом осадке, являясь единственным признаком, расценивается как преходящий симптом, и только наличие болевого синдрома, сопутствующей гематурии, микропротеинурии, эхопозитивных включений в почках направляет диагностический поиск в сторону дисметаболической нефропатии.

Цель исследования - изучить частоту появления солей в мочевом осадке у детей с гематурией.

Материалы исследования. Было осмотрено 100 детей в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» с 2008 г. по 2009 г. Все пациенты обследованы согласно Протоколу обследования и лечения МЗ Республики Беларусь. По возрасту дети распределились следующим образом: от 1 года до 3 лет – 12 детей, от 3лет до 6 лет - 10, от 6 лет до 12 лет - 27, старше 12 лет – 51 пациент. Мальчиков было 58, девочек – 42. У 14 детей была отягощенность семейного анамнеза по заболеваниям почек.

Анализ данных общего анализа мочи показал, что у 38 пациентов была изолированная эритроцитурия, макрогематурия отмечалась у 9 детей, микрогематурия – у 91. Были установлены следующие заболевания: острый гломерулонефрит у 39,5% детей, нефропатия с гематурией - у 21%, хронический гломерулонефрит - у 13,2%, геморрагический васкулит, смешанная форма - у 13,2%, мочекаменная болезнь - у 5,2%; наследственный нефрит,

Репозиторий ГрГМУ

острый интерстициальный нефрит, киста почки - по 2,6%. Кристаллурия в мочевом осадке отмечена у 30 детей (33,3%). У них выявлены следующие кристаллы: оксалаты - у 56,6% детей, ураты - у 26,6%, фосфаты - у 10%, трипельфосфаты - у 3,3%, оксалаты + фосфаты - у 3,3%. В этой группы выставлен диагноз дисметаболическая нефропатия 6 детям, кристаллурия - 4.

Выводы. Основными видами метаболических нарушений у детей исследуемой группы были оксалурия и уратурия. Гематурия выявлялась чаще у школьников, из них старше 12 лет – в 65% случаев. Микрогематурия преобладала над макрогематурией. У детей с макрогематурией на первом месте был острый гломерулонефрит с изолированным мочевым синдром, в то время как у пациентов с микрогематурией - нефропатия с гематурией. Чаще имели место изменения в анализах мочи в виде сочетания гематурии и лейкоцитурии. У 30% детей отмечена кристаллурия. Необходимо отметить, что это пациенты с диагнозом дисметаболическая нефропатия и кристаллурия.

Литература

1. Оксалатно-кальциевый нефролитиаз в детском возрасте / Е.И. Прахин [и др.] // Педиатрия. – 2004. – № 2. – С. 36-42.

2. Вощула, В.И. Мочекаменная болезнь / В.И. Вощула. – Минск, 2010. – 180 с.

3. Collard, L. Biochemical aspects of urolithiasis in children / L.Collard // Pediatrics Yournal. – 2002. – Vol. 2. – P. 52-56.

ЭФФЕКТЫ ТАУЦИНКА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Горецкая М.В., Шейбак В.М., Павлюковец А.Ю., Смирнов В.Ю., Горецкий В.В., Чернухо А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Этанол оказывает прямое токсическое действие на ткани организма. В результате нарушается функция многих органов, особенно печени, основного места утилизации этанола. Хроническая алкогольная интоксикация вследствие поражения печени может приводить к энцефалопатии, нарушать синтез белка в скелетных мышцах. Несмотря на вызываемую этанолом гипоаминоацидемию, вследствие увеличения поступления

Репозиторий ГГМУ

аминокислот в ткани их анаболический эффект блокируется алкоголем, что ведет к катаболизму свободных аминокислот и дезинтеграции азотистого обмена [4]. Для метаболической терапии в основном используют нутрицевтики, такие, как гидролизат белка, аминокислоты и микроэлементы.

Таурин, являясь непротеиногенной аминокислотой и выполняя в клетках функции биорегулятора [3] - важный компонент метаболической терапии алкогольного гепатозогепатита. Таурин препятствует развитию стеатоза, снижает интенсивность перекисного окисления липидов, воспалительный процесс. Необходимость дополнительного введения таурина обусловлена изменением рациона и снижением способности организма усваивать таурин при алкогольной интоксикации. Ключевым микроэлементом в организме, биогенез которого нарушается при алкогольной интоксикации, является цинк. Изменение метаболизма цинка приводит к нарушению функционирования антиоксидантной системы гепатоцитов, ферментов отвечающих за метаболизм этанола, а также образование факторов транскрипции, что, в свою очередь, приводит к торможению процессов репарации [2].

Целью данного исследования явилось изучение влияния композиции тауцинк, состоящей из таурина и цинка сульфата, на свободные аминокислоты плазмы крови и печени при хронической алкогольной интоксикации у крыс.

Методы исследования. Моделируя интенсивную алкоголизацию, белым крысам-самкам массой 120-130 г в течение 1 недели вводили этанол ежедневно внутрижелудочно в дозе 7,5 г/кг в сутки (n=16), а со 2 недели - в дозе 5 г/кг в сутки. Опытной группе (n=8) со второй недели ежедневно внутрижелудочно вводили тауцинк в дозе 400 мг/кг. На 14 сутки эксперимента после декапитации крыс в плазме крови и печени определяли свободные аминокислоты.

Результаты и их обсуждение. Изменение редокс-потенциала клетки и активности ферментативных систем при алкогольной интоксикации сопровождается аминокислотным дисбалансом как в клетках, так и в биологических жидкостях. В плазме крови крыс существенно повышалась концентрация глутамата (Glu). Glu стимулирует окислительные процессы и

Репозиторий ГрГМУ

одновременно является основной возбуждающей аминокислотой для клеток мозга. Алкогольная интоксикация увеличивала в плазме уровни этаноламина (ЭА) на 44% и α-аминоадипиновой кислоты (αААА) на 34%. Образуемый при декарбоксилировании серина ЭА, снижает токсичность этанола, угнетая активность алкогольдегидрогеназы печени крыс, а его дополнительное введение нивелирует изменения в фонда свободных аминокислот при алкогольной интоксикации [1]. Накопление в крови и печени αААА, возможно, обусловлено активным катаболизмом лизина в тканях. Блокирование алкоголем синтеза белка характеризуется увеличением содержания незаменимых аминокислот: Met, Phe, Leu, а также «функциональных аминокислот» - Glu, Asn, Ala, Tyr и Pro. Избыток Tyr может накапливаться и модифицировать белки печени, способствуя возникновению патоморфологических изменений (в том числе фиброза печени). Кроме того, следует отметить увеличение β-Ala, снижение Ctr. Последний является предшественником Arg и, в последующем, NO. С другой стороны, Ctr является иммуностимулятором и снижение его уровня может привести к ослаблению специфической и неспецифической резистентности организма.

После введения тауцинка на фоне алкогольной интоксикации выше контрольных значений в плазме были уровни протеиногенных аминокислот Glu и Tyr, а также Ctn, Tau и Orn. Относительно этанол-потребляющей группы в плазме было снижено содержание Gln при одновременном повышении Tyr. Gln участвует в межорганном переносе аминогрупп, способствует удалению избытка аммиака из тканей. Gln тормозит стеатоз печени и развитие цирроза. Однако при тяжелых формах печеночной недостаточности эффективность Gln снижается, так как печень утрачивает способность к полноценному усвоению этой аминокислоты для синтетических целей. Увеличение пула производных аминокислот в плазме – доказательство усиления катаболизма аминокислот в тканях.

В ткани печени введение тауцинка привело к снижению содержания Arg на фоне повышения незаменимых аминокислот Met, Leu, Ile, Phe, а также Ala, Tyr, Pro. Одновременно, по сравнению с контрольной группой, в печени снижалось

Репозиторий ГрГМУ

количество продуктов деградации аминокислот (Ctr, β-ABA, GABA) при увеличении β-Ala и HPro. При сравнении с группой животных, получавших только этанол, наблюдали повышение концентраций Leu и Pro, при одновременном снижении GABA.

Выводы. Таким образом, курсовое внутрижелудочное введение тауцинка в дозе 400 мг/кг предотвращает ряд метаболических последствий интенсивной алкоголизации, уменьшая катаболическую направленность метаболизма аминокислот и способствует более эффективному функционированию компенсаторных механизмов.

Литература

1. Быков, И.Л. Метаболические эффекты этаноламина при алкогольной интоксикации и отмене этанола у крыс /И.Л. Быков. Автореф. дис… к.б.н. – Минск, 1995. – 21 с.

2. Дереча, Л. М. Стан біологічних мембран та вміст макро- і мікроелементів в організмі тварин і людини при дії етанолу. Автореф. дис. … к.б.н. – Х., 2006. – 20 с.

3. Шейбак, В.М. Аминокислоты и иммунная система/ В.М. Шейбак, М.В. Горецкая. - Пальмир, Москва. - 2010. – 356 с.

4. Murakami, H. Leucine accelerates blood ethanol oxidation by enhancing the activity of ethanol metabolic enzymes in the livers of SHRSP rats/ H. Murakami, [et al.] //Amino Acids. – 2012. - 43, (6). – P. 2545-2551.

МОДУЛЯЦИЯ ТАУЦИНКОМ ФОНДА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В ТИМУСЕ И СЕЛЕЗЕНКЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Горецкая М.В., Шейбак В.М., Павлюковец А.Ю., Горецкий В.В., Смирнов В.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Повреждающее действие алкоголя на иммунную систему проявляется снижением функциональной активности нейтрофилов и моноцитов, скорости пролиферации и функциональной активности Т-клеток. Снижение функции иммуноцитов может быть обусловлено повреждающим действием этанола на структуру и текучесть клеточных мембран, а также повышает интенсивность окислительного стресса, что играет важную роль в патогенезе алкоголизма [2].

Алкогольный гепатит характеризуется системными и местными реакциями воспаления с миграцией макрофагов и

Репозиторий ГрГМУ

нейтрофилов в сосудистое русло печени. Алкоголь оказывает прямое токсическое действие на предшественников лейкоцитов. В ряде случаев выявляется глубокая лейкопения. Отмечается низкое общее количество лимфоцитов, причем содержание циркулирующих в периферической крови Т-лимфоцитов обычно снижено, а уровень В-лимфоцитов нормальный или повышен. В то же время снижается антителопродукция, кооперация Т- и В-лимфоцитов крыс, активность Th1-лимфоцитов, NK-клеток, антителозависимая клеточная цитотоксичность [1, 3]. Ранее хроническое употребление этанола связывали с иммуносупрессивным состоянием, однако в последнее время все чаще говорят о патологической активации иммунной системы, которая сопровождается воспалительными явлениями в тканях, что может приводить к апоптозу и некрозу клеток.

Хроническое потребление алкоголя сопровождается резким снижением способности организма синтезировать таурин. Назначение таурина значительно уменьшает воспалительный процесс, препятствует увеличению в плазме активности аминотрансфераз, содержания провоспалительных цитокинов (IL-2, IL-6, TNF-α) и тормозит окислительный стресс. В свою очередь, недостаточность цинка, помимо торможения метаболизма алкоголя алкогольдегидрогеназой, способствует угнетению синтеза тимулина, продукции Т-лимфоцитов, интерлейкинов, γ-интерферона [4]. В лимфоцитах селезенки при хронической алкогольной интоксикации крыс снижается активность интерферон-индуцированных ферментов. Показано, что введение крысам уксуснокислого цинка совместно с этанолом оказывает благоприятный эффект, уменьшая токсическое действие алкоголя.

Целью данного исследования явилось изучение влияния тауцинка, композиции, состоящей из таурина и цинка сульфата, на фонд свободных аминокислот в тканях тимуса и селезенки при хронической алкогольной интоксикации у крыс.

Материалы и методы. Белым крысам-самкам массой 120-130 г в течение первой недели вводили этанол ежедневно внутрижелудочно в дозе 7,5 г/кг в сутки (n=16). Со второй недели этанол вводили ежедневно внутрижелудочно в дозе 5 г/кг в сутки. Опытной группе (n=8) на фоне этанола ежедневно

Репозиторий ГрГМУ

внутрижелудочно вводили тауцинк в дозе 400 мг/кг. Контрольная группа ежедневно внутрижелудочно получала физраствор. По окончании эксперимента в тимусе и селезенке определяли свободные аминокислоты и их азотсодержащие метаболиты.

Результаты и их обсуждение. Известно, что у крыс при алкогольной интоксикации регистрируется выраженная сосудистая реакция в тимусе, проявляющаяся расширением и полнокровием внутриорганных сосудов, кровоизлияниями как в корковое, так и мозговое вещество, а также появлением фокусов некроза. Обнаружено, что интенсивная алкоголизация снижала в тимусе содержание Thr и Ile, а также Asn. Из непротеиногенных аминокислот отмечали уменьшение уровня Tau и Ctn. Параллельно падала концентрация производных аминокислот - PEA и β-Ala.

Для хронической алкогольной интоксикации характерна гипотрофия лимфоидных фолликулов селезенки, увеличение в них количества моноцитов и макрофагов. В большинстве случаев отмечается венозное полнокровие селезенки и спленомегалия. Выявлено снижение содержания в селезенке Ile при одновременном повышении Tau и β-Ala. Параллельно регистрировали снижение GABA.

Введение тауцинка препятствовало существенному изменению концентраций Asn, Thr, Tau и PEA. В то же время, по сравнению с группой, получавшей только этанол, регистрировали увеличение содержания Asp, Gln, Pro и Ile.

В ткани селезенки после введения тауцинка увеличивались концентрации протеиногенных аминокислот Asp, Glu, а также Tau и β-ABA (в 2 раза) при одновременном двукратном снижении GABA, по сравнению с контрольной группой. Однако, при сравнении с группой, получавшей только этанол, отмечали увеличение незаменимых Thr, Ile, заменимых Asp, Glu, His и производных аминокислот CA, β-ABA при снижении β-Ala.

Выводы. Интенсивная алкоголизация вызывает у животных дисбаланс свободных аминокислот, что сопровождается изменением концентраций их азотсодержащих производных, выполняющих важные биорегуляторные функции в тканях тимуса и селезенки. Одновременное с алкоголем введение

Репозиторий ГрГМУ

тауцинка в значительной степени препятствовало развитию метаболического дисбаланса, что должно благоприятно влиять на функцию иммунной системы.

Литература

1. Горецкая, М.В. Антитела к фактору некроза опухоли α изменяют метаболическую активность в лимфоцитах тимуса на фоне алкогольной интоксикации / М.В. Горецкая // Иммунология. – 2013. – 34, № 1. – С. 31-35.

2. Цыган, В. Н. Иммунные дисфункции у наркозависимых и способы их коррекции/ В. Н. Цыган [и др.] // Обзоры по клин, фармакол. и лек. терапии. – 2007. – Т. 5, №4. – С. 2-81.

3. Goral, J. Exposure-dependent effects of ethanol on the innate immune system / J. Goral, J. Karavitis, E. J. Kovacs // Alcohol. – 2008. – V. 42, N. 4. – P. 237–247.

4. Zhou, Z. Zinc and hepatocyte nuclear factor-4α in alcohol-induced intestinal barrier disfunction / Z. Zhou, W. Zhong //Journal of Epithelial Biology and Pharmacology. – 2012. – № 5. – P. 19–27.

СРАВНЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В КРОВИ И ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Горшкова Д.А., Лелевич В.В., Гуляй И.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Поступление этанола в организм, так же, как и его отмена, вызывает многочисленные метаболические перестройки [4]. Известно, что хронический алкоголизм является причиной многих соматических патологий: циррозов печени и гепатитов, кардиомиопатии, миопатии поперечнополосатой мускулатуры, отклонений в составе периферической крови и снижения эффективных механизмов адаптации организма в целом [1]. Недостаточный объем точных научных сведений, касающихся патогенеза алкоголизма, методов ранней диагностики и профилактики, трудности терапевтического воздействия порождают постоянную необходимость дальнейшего целенаправленного и детального его изучения [3]. В настоящее время ведущее значение отводится молекулярным механизмам алкоголизма, в том числе и свободнорадикальному, или перекисному окислению липидов (ПОЛ) [6], которое приводит к разрушению структур клеток, тканей и органов посредством цитолиза, обеспечивая выход ферментов класса оксидаз, понижение активности каталазы и

Репозиторий ГрГМУ

образование пероксинитритов через гипераммониемию [5].

Цель исследования – изучение и сравнение тканевых особенностей процессов свободнорадикального окисления липидов крови и печени при хронической алкогольной интоксикации (ХАИ).

Материалы и методы. В эксперименте были использованы 40 крыс-самцов (m=160-180 г). Этанол вводился дважды в сутки в дозе 3,5 г/кг интрагастрально в виде 25%-го раствора в течение 7-и, 14-и, 21-х и 28-х суток. Контрольная группа получала воду. В эритроцитарной массе (ЭМ) и гомогенатах печени определяли концентрацию тиобарбитурат-реагирующих продуктов (ТБК-РП) методом, основанным на образовании окрашенного комплекса при взаимодействии малонового диальдегида с тиобарбитуровой кислотой, результат выражали в мкмоль/л или г ткани [2]. Содержание диеновых конъюгатов (ДК) определяли по поглощению липидным экстрактом монохроматического светового потока в ультрафиолетовой области спектра при длине волны 233 нм, результат выражался в Ед/мл или г ткани [2]. Также был определен уровень активности каталазы методом, предложенным в 1988 году М.А. Королюк, результат выражался в моль H_2O_2/мин*г Hb или г белка. В плазме крови устанавливали также концентрацию церулоплазмина методом, базирующимся на окислении фенилендиамина при участии церулоплазмина (мг/л) [2], и уровень содержания оксида азота по содержанию общих нитритов в гепаринизированной плазме после депротеинизации с использованием реактива Грисса (мкмоль/л) [2].

Результаты. К концу первой недели алкоголизации выявлено повышение концентрации ТБК-РП в ЭМ на 57% относительно контрольных значений ($p \leq 0,05$). Дальнейшее увеличение сроков алкоголизации приводило к нормализации концентрации ТБК-РП, что связано с возрастанием активности каталазы как ферментативного звена антиоксидантной системы, начиная с третей недели ХАИ на 20% относительно контрольных значений ($p \leq 0,05$). Увеличения содержания ДК в ЭМ зарегистрировано не было. В плазме крови животных достоверных изменений на всех сроках алкоголизации не обнаружено. В гомогенатах печени, напротив, отмечается

Репозиторий ГрГМУ

увеличение содержания ДК на 7-е сутки ХАИ на 86%, по сравнению с контролем ($p \leq 0,05$). Далее также происходит нормализация содержания продуктов ПОЛ путем возрастания активности каталазы на 14-е сутки ХАИ на 85% ($p \leq 0,05$). Повышения концентрации ТБК-РП не происходило. Данные изменения можно связать с активацией цепных реакций ПОЛ, индуцированных увеличением концентрации активных форм кислорода. При этом различия в изменении сроков повышенной активности ферментативного звена антиоксидантной системы на фоне ХАИ связаны с тканевой специфичностью взаимодействий с активными формами кислорода.

Выводы. Активация процессов свободнорадикального окисления липидов в крови и печени при хронической алкогольной интоксикации происходит за счет различных звеньев, но поддается общим закономерностям. Сравнительный анализ тканевых особенностей процессов свободнорадикального окисления липидов в динамике хронической алкогольной интоксикации указывает на развитие окислительного стресса, как в крови, так и в печени в течение первой недели алкоголизации с дальнейшей адаптационной нормализацией процессов ПОЛ.

Литература

1. Активность систем детоксикации пероксидов в тканях крыс при алкогольной детоксикации / Попова Т.Н. [и др.] // Наркология. 2008. - № 2. - С. 32-35.

2. Камышников, В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике: мед. литература / В.С. Камышников. – 3-е изд. – Москва: МЕДпресс-информ, 2009. – 912 с.

3. Осколок, Л.Н. Патофизиологические аспекты хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании / Л.Н. Осколок [и др.] // Медицина. – № 2. – Москва, 2012.– 1 эл.опт.диск (CD-ROM).

4. Alcohol, Oxidative Stress, and Free Radical Damage / D.Wu [et al.] // Alcohol Research & Health – 2003. – Vol. 27. - № 4. – P.277-284.

5. Nitric oxide and hypoxia exacerbate alcohol-induced mitochondrial dysfunction in hepatocytes / B.R. Zelickson [et al. //Biochim Biophys Acta – 2011. - Vol. 1807 (12) – P. 1573-82.

6. Pompella, A. Biochemistry and histochemistry of oxidant stress and lipid peroxidation / A. Pompella // Internat. J. Nutr. Res. – 1997. – № 67. – P. 289-297.

Репозиторий ГрГМУ

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ДЕРТИЛОМ

Губарь В.В., Полудень В.Н., Апанович Ю.Н., Франтов В.Ю., Сыч А.П.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

Дертил (билевон, дистолон, никлофола) применяется в ветеринарии для лечения у скота острого и хронического фасциолеза. Применение препарата у животных в рекомендуемых дозах не вызывает существенных расстройств. Сведения о влиянии препарата на организм человека ограничены, в связи с чем любая информация по этому вопросу является актуальной.

Цель исследования - проанализировать результаты применения экстракорпоральных методов детоксикации в комплексе интенсивной терапии пациентов с отравлением дертилом.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни четырех случаев острого отравления дертилом за период 2000-2001 гг. Все пациенты в возрасте 17-26 лет приняли препарат внутрь с суицидальной целью в дозах 10-30 мг/кг массы тела, что превысило лечебную дозу у животных в 2,5-6 раз. В качестве экстракорпоральных методов детоксикации использовали обменный плазмаферез с помощью аппарата ПФ-05, гемосорбцию на сорбенте «Овосорб».

Результаты. В клинической картине отравления в первые часы у пациентов преобладали общесоматические и неврологические расстройства: усталость, сонливость, общая слабость. Через 6-10 часов с появлением острых желудочно-кишечных расстройств – тошноты, многократной рвоты и жидкого стула – пациенты поступили в районные стационары. При развитии декомпенсации на фоне проводимой терапии больные были переведены в реанимационное отделение областного центра по лечению острых отравлений УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Двое больных поступили в центр к концу первых

Репозиторий ГрГМУ

суток после приема препарата в дозе 30 мг/кг. В клинической картине у пациентов наблюдалась гипертермия (40-41°С), выраженная полинейропатия, гипергидроз, печеночная недостаточность (ферментемия и билирубинемия превышала норму в 10 раз), сгущение крови, гипертензионный синдром до 200/100-240/140 мм. рт. ст.

Наряду с общепринятой методикой интенсивной терапии (мероприятия по профилактике дальнейшего всасывания яда, восстановление объема циркулируемой крови, форсированный диурез и симптоматическая терапия) больным в первые 2 часа после поступления проведен обменный плазмаферез с заменой не менее трех четвертей циркулирующей плазмы (1500-1800 мл). Через 16 часов после первого сеанса плазмафереза проведен второй (с теми же объемами замены плазмы), а в промежутках и в последующие 2-4 суток – сеансы гемосорбции на сорбенте «Овосорб». Эти пациенты выздоровели с остаточными явлениями полинейропатии и гипергидрозом. Двое других пациентов поступили в реанимационный стационар спустя 36 и 42 часа, соответственно. Доза принятого препарата была меньше (10-15 мг/кг), однако больные находились в коматозном состоянии с арефлексией. Печеночные пробы превышали норму в 15-18 раз, отмечалась олигурия. Обменный плазмаферез в комплексной терапии был проведен через час после поступления с заменой 1500 мл плазмы, а через 12-14 часов – повторно. В перерывах между сеансами плазмафереза также проводилась гемосорбция на сорбенте «Овосорб». Эти пациенты умерли на 3-й и 4-й дни, не приходя в сознание от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Токсические свойства дертила связаны с его способностью оказывать повреждающее действие на клеточные мембраны и цитоструктуры со снижением активности ряда ферментов. Особенно выражены дистрофические и дегенеративные изменения в нейронах, гепато- и миокардиоцитах, клетках эндотелия сосудов и канальцевого эпителия почек. Дертил оказывает нейротоксическое, гепато-, кардио-, нефротоксическое действие и на зрительный анализатор, вплоть до полной атрофии зрительного нерва. Угнетающее действие препарата на симпатические отделы нервной системы приводит к усилению активности парасимпатических

Репозиторий ГрГМУ

иннерваций. Метаболизм препарата происходит, главным образом, по реакции восстановительного типа, он превращается в аминопроизводные и выделяется с мочой в виде нативного соединения и водорастворимых метаболитов.

Решающим, на наш взгляд, при остром отравлении дертилом явился фактор времени: чем раньше начиналась комплексная терапия с включением эффективных методов детоксикации, тем благоприятнее исход.

Выводы.

1. В клинической картине при отравлении дертилом превалирует явление острого токсического гастроэнтерита с последующим развитием обезвоживания, токсического гепатита и сердечно-легочной недостаточности.

2. Применение экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез, гемосорбция) эффективно лишь при раннем их использовании.

3. Раннее начало оказания помощи в целом является решающим фактором в результатах интенсивной терапии при отравлении дертилом.

Литература

1. Лужников, Е.А. Острые отравления дертилом у детей / Е.А. Лужников // – Токсикологический вестник. – 1996. - № 1. – С. 19-22.

ВЛИЯНИЕ ЛАКТАТА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Гурина Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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. При полноценном снабжении тканей кислородом лактат разрушается до нейтральных продуктов и выводится из организма. В условиях гипоксии лактат накапливается и нарушает процесс тканевого

Репозиторий ГрГМУ

дыхания, вызывая патологические изменения в органах и системах [1, 2]. Определение нормативных значений уровня лактата в капиллярной крови у младенцев в неонатальном периоде, их влияние на качество жизни ребенка остается актуальной и требует своего дальнейшего решения [3].

Целью нашей работы являлось изучение влияния уровня лактата капиллярной крови в неонатальном периоде на дальнейшее физическое и нервно-психического развитие детей первого года жизни.

Материалы и методы. Проведен анализ 33 медицинских карт стационарных больных, 33 амбулаторных карт развития детей, родившихся в 2009–2012 годах и проживающих в городе Гродно. Исследованы основные показатели нервно-психического и физического развития младенцев на первом году жизни. Нервно-психическое развитие оценивали по линиям развития Аз, Ас, Э, До, Др, Ра, Рп, Н. Физическое развитие включало определение длины и массы тела ежемесячно.

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. Критерием исключения детей из исследования служили крайне тяжелое и агональное состояние после рождения, пороки развития и хромосомные болезни, а также масса тела меньше 2500,0г, либо больше 4100,0г. 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. Через естественные родовые пути родилось 25 детей, что составило 75,8%. Путем операции кесарево сечение извлечено 8 новорожденных. Младенцы всех групп были сопоставимы по полу: в I группе – 11 мальчиков, 9 девочек, во второй - 5 мальчиков и 5 девочек, в третьей – 1 мальчик, 2 девочки. Все дети находились на стационарном лечении в

Репозиторий ГрГМУ

отделении патологии новорожденных УЗ «ГОДКБ». У 28 детей диагностирована врожденная пневмония неуточненной этиологии. Диагноз врожденной пневмонии выставлен на основании клинико-рентгенологических данных, 5 новорожденных госпитализированы в отделение по поводу ишемии мозга.

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: масса тела 2740±990 г, длина тела 48,0±7,0 см; во 2-й - масса тела - 3700±740 г, длина тела 51,0±4,0 см, в 3-й масса тела была 4100±540 г, длина тела 56,0±3,0 см без достоверной разницы по группам ($p>0,05$). При сравнении показателей массы тела у детей по группам в возрасте 1 месяца и затем ежемесячно статистически значимых отличий не было ($p>0,05$). К годовалому возрасту средняя масса тела у детей трех групп была приблизительно одинаковой и составила в 1-й группе – 9690±570 г, во 2-й – 10500±430 г, в 3-й – 9150±490 г ($p>0,05$). Кривая динамики длины тела у детей трех групп также была одинаковой и статистически не отличалась в исследуемых группах. К году длина тела достигла нормативных значений, и в первой группе составила 74,0±2,0 см, во 2-й - 76,0±1,8 см, в 3-й - 78,0±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. В клинической картине этих детей отмечалась мышечная дистония, с преобладанием гипертонуса сгибателей или разгибателей конечностей, высокими сухожильными рефлексами, у 3 младенцев диагностировано снижение мышечного тонуса, статистически значимой разницы по группам не выявлено ($p>0,05$).

В возрасте одного года 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 сохранялся синдром двигательных расстройств ($p_{1-3}=0,03$, $p_{2-3}=0,04$).

Репозиторий ГомГМУ

Выводы. Дети с содержанием лактата в капиллярной крови более 8 ммоль/л (на 7-10 день жизни) в 100% случаев на первом году жизни имели неврологические нарушения, у 35% обследуемых в возрасте одного года жизни сохранялись клинические признаки поражения центральной нервной системы.

Уровень лактата капиллярной крови в периоде новорожденности не влияет на физическое развитие младенцев на первом году жизни.

Литература

1. Бышевский, А.Ш. Биохимические сдвиги в диагностике патологических состояний / А.Ш. Бышевский, С.Л. Галян. – Новосибирск: Новосибирский университет, 1993. - 138 с.

2. Кон, Р.М. Ранняя диагностика обмена веществ / Р.М. Кон, К.С. Рот. – Лондон: Лондонский университет, 1986. – 443 с.

3. Экспертная оценка факторов риска патологии центральной нервной системы у детей раннего возраста / Б.А. Кобринский [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2012. – № 5. – С. 52-56.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Гутикова Л.В.[1], Кеда Л.Н.[2], Колесникова Т.А.[2], Кузьмич И.И.[2]
УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]
Гродненский областной клинический перинатальный центр[2]

Одной из важнейших проблем акушерства является недержание мочи (НМ) в послеродовом периоде, значительно ухудшающее все аспекты качества жизни женщин [1]. При этом требует уточнения вопрос о степени реализации симптомов инконтиненции с учетом вида обезболивания предшествующего родового акта и выраженности лактационной функции для обоснования новых мероприятий по профилактике урогенитальных расстройств в пуэрперии.

Цель исследования - оценка степени выраженности симптомов НМ в послеродовом периоде в зависимости от наличия или отсутствия лактации и использования спинномозговой анестезии (СМА) в родах.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты клинического и лабораторного обследования 75 первобеременных первородящих женщин, родоразрешенных

Репозиторий ГрГМУ

через естественные родовые пути при доношенной беременности (37-40 недель), имеющих симптомы НМ в пуэрперии. В исследование не включались пациентки с оперативными вмешательствами на матке в анамнезе, абортами и выскабливаниями полости матки, с разрывами промежности в родах третьей и четвертой степени, с выполненной эпизиотомией и эпизиоррафией. I группу составили 18 женщин, родивших без применения СМА в родах, которые кормили грудью своих детей на протяжении 2 месяцев и более. Во II группу вошли 22 женщины, родившие без применения СМА в родах и не кормившие младенцев грудью. III группу составили 16 женщин, полноценно лактирующих за период проведения исследования, обезболивание родов у которых осуществлялось с применением СМА. IV группа – 19 родильниц, не кормивших грудью, обезболивание родов у которых осуществлялось с использованием СМА.

Суточное количество молока определялось на 6 день послеродового периода, а также через 1 и 2 месяца после родоразрешения по общепринятым методикам. В эти же периоды выполнена регистрация симптомов НМ, комплексная оценка жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование, проведение кашлевой пробы, пробы Вальсальвы, леваторного теста.

Результаты исследования. Возраст беременных I группы составил 22±2,3 лет; II группы 21±2,8; III - 23±2,0 лет; IV - 22±2,2 лет. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречались: нейроциркуляторная дистония (в 22,2±1,1%, 22,7±1,2%, 12,5±1,3% и 15,9±2,2% случаев у женщин I, II, III и IV групп соответственно), нарушение жирового обмена (у 11,1±1,2%, 9,09±1,1%, 13,6±1,7% и 5,3±0,2% женщин I, II, III и IV групп соответственно), хронический пиелонефрит (у 13,6±1,4% женщин II группы и у 5,3±0,3% женщин IV группы), варикозное расширение вен нижних конечностей (у 5,6±1,1%, 18,2±2,0%, 18,6±2,2% и 5,3±1,0% женщин сравниваемых групп), эутиреоидный диффузный зоб (в 11,1±2,4%, 22,7±4,2%, 6,25±0,1% и 21,05±5,2% случаев у женщин I, II, III и IV групп соответственно), заболевания желудочно-кишечного тракта (у 9,09±1,4% женщин II группы и 15,7±3,9% женщин IV группы). Оценка состояния фетоплацентарной системы пациенток

Репозиторий ГрГМУ

сравниваемых групп выявила хроническую внутриутробную гипоксию плода у 13,6±3,2% женщин II группы и 12,5±2,6% женщин III группы. Из осложнений родового акта отмечены: несвоевременное излитие околоплодных вод (у 11,1±1,4% женщин I группы, у 9,09±1,0% женщин II группы и у 18,8±4,9% женщин III группы), присоединение внутриутробной гипоксии плода (в 16,7±5,1%, 18,2±6,2%, 12,5±3,9% и 15,8±4,3% случаев у женщин I, II, III и IV групп соответственно), а также аномалии родовой деятельности (в 16,7±3,2%, 12,5±2,5% и 10,6±1,8% случаев у женщин I, III и IV групп соответственно).

Практически все пациентки из I группы полностью удерживали мочу сразу после родов и через 1 и 2 месяца пуэрперия, лишь у 11,1±3,2% женщин зарегистрирована легкая степень НМ через 1 месяц после родов, которая нивелировалась через 2 месяца. Следует отметить, что 22,7±6,1% пациенток из II группы первоначально имели легкую степень НМ при напряжении. При этом у 13,6±2,7% женщин из этой группы наблюдалось значительное снижение частоты эпизодов НМ, а также уменьшение количества выделяемой мочи при напряжении, и у 9,1±1,3% женщин с уретральной инконтиненцией отмечено лишь незначительное улучшение через 1 и 2 месяца после родов. Кроме того, через 1 месяц после родов зарегистрировано 3 новых случая НМ у женщин данной группы, 2 из которых сохранились и через 2 месяца. По нашим данным, 3 пациентки из III группы имели симптомы НМ в виде увеличения частоты мочеиспусканий в сутки от 6 до 8 раз. Через 1 месяц число этих женщин сократилось до 2, а через 2 месяца только у 1 пациентки определялось нарушение мочеиспускания в виде подтекания мочи при кашле и чихании. В IV группе сразу после родов у 3 пациенток отмечены симптомы комбинированного НМ, 2 из которых этих жалоб не предъявляли через 1 и 2 месяца. Кроме того, через 1 месяц после родов у женщин IV группы зафиксировано 5 новых случаев НМ, 4 из которых у женщин данной группы сохранились и через 2 месяца.

Практически все пациентки, которым применялась СМА, через 2 месяца после родов при условии кормления ребенка грудью не имели симптомов НМ, в то время, как женщины, у

Репозиторий ГрГМУ

которых лактация отсутствовала, достоверно чаще имели эти симптомы НМ через 1 и 2 месяца после родов ($p<0,05$).

Выводы.

1. Использование СМА для обезболивания родов при наличии полноценной лактации в послеродовом периоде не является фактором риска НМ.

2. В комплекс методов лечения и профилактики НМ после родов (поведенческая терапия, соблюдение диеты, упражнения для укрепления мышц тазового дна, массаж промежности) необходимо включать рекомендации по формированию доминанты лактации и оптимизации грудного вскармливания.

Литература

1. Пушкарь Д.Ю., Гумин Л.М. Тазовые расстройства у женщин. М: Мед. Пресс Информ. – 2006. – 254 с.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Гущина Л.Н.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Информатизация учебных заведений является одним из главных направлений модернизации системы образования. Совершенство методов и средств современных информационных технологий создают реальные возможности для использования их в системе медицинского образования с целью формирования творческих способностей у специалистов. Одной из наиболее эффективных технологий является дистанционная технология обучения через Интернет. В Республике Беларусь развиваются электронные библиотеки, обучающие порталы, образовательные электронные ресурсы, виртуальные круглые столы, семинары, конференции, симпозиумы, дистанционные лекции, практические занятия, лабораторные работы и т.д. Внедрение Интернет - технологий в учебный процесс в настоящее время является одной из динамично развивающихся областей педагогической деятельности. Информационные технологии, используемые в ГрГМУ позволяют:

1) применять компоненты дистанционного обучения в адаптированной к нуждам медицинского вуза в программной оболочке MOODLE (для свободного доступа могут быть

Репозиторий ГрГМУ

представлены все дидактические материалы учебного процесса);

2) реализовать быстрый доступ к фондам электронной библиотеки ГрГМУ;

3) применять для контроля знаний тестовые программы в режиме on-line;

4) использовать электронные тренажеры и обучающие программы, формирующие профессионально-ориентированные умения;

5) предоставлять неограниченный доступ к профессионально-ориентированным ресурсам глобальной сети Интернет;

6) проводить дистанционные научные конференции в режиме on-line;

7) организовать управляемую самостоятельную учебную работу студентов.

Высшее медицинское образование, как никакое другое, индивидуализировано, восприимчиво к инновациям, оно собирает в свои ряды наиболее творчески активных, заинтересованных и способных участников всех категорий. Преподаватели высшей медицинской школы – особая категория педагогов, имеющих специфические функции, условия и методы работы, квалификационные и личностные характеристики. Занимая преподавательскую должность, врач в полной мере является педагогом-профессионалом. В своей работе преподаватель ориентируется на то, что сегодня медицинские вузы готовят врачей для работы в условиях изменения системы финансирования здравоохранения, совершенствования его структуры и задач.

Современное медицинское образование все более раскрывается как сфера конкурирующих концепций, в которой, как и в других сферах, используются современные информационные технологии и квалифицированные специалисты.

В учебном процессе Гродненского государственного медицинского университета используются компьютерные образовательные программы и технологии.

Наиболее перспективной для нашего вуза является интегрированная информационная образовательная среда на платформе MOODLE.

Репозиторий ГрГМУ

В настоящее время в УВО ГрГМУ система MOODLE инсталлирована в качестве прототипа виртуальной образовательной среды (ВОС) на сайте нашего вуза. С целью технической и учебно-методической апробации платформы MOODLE создан экспериментальный образовательный портал Гродненского государственного медицинского университета edu.grsmu.by.

Апробация учебно-методических решений ВСО проводится по двум направлениям: создание и размещение учебно-методических материалов и проведение экспериментальных занятий в режиме опытной эксплуатации виртуального класса для отработки технологий организации и проведения индивидуальных и коллективных учебных занятий в рамках интегрированной информационной среды обучения.

Качество образования в УВО ГрГМУ обеспечивается внедрением активных методик и инновационных информационных образовательных технологий. В течение 2012г. зарегистрировано 42 акта внедрения информационных технологий в учебный процесс:

- дистанционные интерактивные олимпиады (3);
- дистанционные конференции (3);
- дистанционные консультации на Интернет-форуме (2);
- дистанционное тестирование (online) (10);
- коммуникации на Интернет форуме по размещённым на нём заданиям учебных тем и ситуационных задач;
- управляемой самостоятельной работы (20);
- телеконференции (4).

В университете на Форуме, в том числе на Форуме программной оболочки MOODLE, работают 22 кафедры.

В 2011-2013 гг. в УВО ГрГМУ создано 26 электронных учебно-методических комплексов (ЭУМК), которые имеют следующие преимущества:

- возможность быстрого поиска по тексту;
- организация учебной информации в виде гипертекста;
- наличие мультимедиа – богатейшего арсенала способов иллюстрации изучаемого явления: теле- и видеоинформацию, речь, музыку;

Репозиторий ГрГМУ

- моделирование изучаемых процессов и явлений, возможность проводить «компьютерные эксперименты»;
- наличие системы самопроверки знаний, системы рубежного контроля, итогового тестового контроля.

Использование средств информационных технологий в системе подготовки студентов приводит к обогащению педагогической деятельности вуза значимыми возможностями организации новых форм взаимодействия в процессе обучения и изменения содержания и характера деятельности обучающего и обучаемого.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРОСНИКА QIDS-SR-16 ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Демянова Л.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На основании изучения отечественных и в большей степени англоязычных источников по диагностике депрессии с помощью психометрических инструментов нами выявлено отсутствие стандартизованных методов диагностики депрессии в нашей стране. «Золотым стандартом» оценки уровня депрессии в мире считается интервью для рейтинговой шкалы оценки депрессии Гамильтона (HRSD). Проведение интервью требует значительных затрат времени (по нашему опыту, минимум 40 минут, а иногда и гораздо больше, что обусловлено психомоторной заторможенностью депрессивных пациентов), а также специалиста, имеющего навыки интервьюирования. Поэтому мы выполнили исследование, в котором уровень депрессии пациентов с невротическими расстройствами оценивался по интервью и одновременно по опроснику QIDS-SR-16, чтобы определить возможность использования данного опросника, заполнение которого не требует участия специалиста, а интерпретация занимает минимум времени. В предыдущем исследовании мы получили следующие результаты: опросник

Репозиторий ГрГМУ

QIDS-SR-16 является валидным методом экспресс-оценки выраженности депрессивных переживаний при невротических расстройствах, что подтвердило возможность использования данного опросника для оценки уровня депрессии у пациентов с невротическими расстройствами в белорусской популяции. Но в клинической работе важна не только первичная оценка симптомов депрессии, но и возможность отслеживания динамики в процессе лечения, поэтому мы продолжили наше исследование с целью определить возможность использования QIDS-SR-16 для оценки динамики выраженности симптомов депрессии при невротических расстройствах.

Опросник QIDS-SR-16 (Quick Inventory of Depressive Symptomatology, self-rated version of the 16-item) предложен J. Rush в 2003 году как укороченная версия им же разработанного опросника IDS-30 (1980 год). Опросник содержит 16 диагностических пунктов, которые носят предметно-событийный характер. Опросник включает 8 симптомов депрессии, а именно: нарушения сна (пункты 1-4), грусть (пункт 5), нарушения аппетита и изменение веса (пункты 6-9), нарушения концентрации внимания (пункт 10), снижение самооценки (пункт 11), суицидальные мысли (пункт 12), снижение интереса (пункт 13), снижение работоспособности (пункт 14), нарушение активности (пункты 15-16). Опросник QIDS-SR-16 оценивает выраженность симптомов в течение последних 7 дней. Каждый симптом оценивается по тяжести от 0 до 3 баллов, где больший показатель соответствует большей тяжести депрессивных симптомов. Общий показатель шкалы составляет от 0 до 27 баллов. Критерии оценки данных разработаны на основе технологии анализа тестовых заданий.

Нами были обследованы 53 пациента (38 женщин и 15 мужчин), находящихся на стационарном лечении в отделении пограничных состояний ГОКЦ «Психиатрия-Наркология» и психосоматическом отделении 3-й ГКБ, с различными формами невротических расстройств. Пациенты обследовались дважды: на первой неделе после поступления в стационар и спустя 2-3 недели. Возраст пациентов от 18 до 54 лет.

Сопоставление результатов по QIDS-SR-16 и HRSD показало, что отсутствуют достоверные различия в распределении

Репозиторий ГрГМУ

оценок, полученных по двум методикам как при первичном (кси-квадрат равен 14,333, df=47, p<0,05), так и при повторном исследовании (кси-квадрат равен 15,169, df=47, p<0,05).

Уровень выраженности всех симптомов депрессии, представленных в опроснике QIDS-SR-16, достоверно уменьшается при повторном исследовании (p<0,05). Наиболее сильные связи с изменением уровня депрессии обнаруживают 5 депрессивных симптомов: нарушение сна, снижение интереса, снижение концентрации, грусть, снижение работоспособности.

Единственный симптом, по которому наблюдается повышение уровня при повторном исследовании, это повышение аппетита и повышение веса тела. Анализ этого пункта опросника показал, что пациенты оценивают свой вес и аппетит как повышенные не в сравнении с нормальным уровнем, а в сравнении с уровнем до начала лечения.

Выводы.

1. Опросник SR-16 является валидным методом оценки динамики выраженности депрессивных переживаний при лечении невротических расстройств.
2. Наиболее сильные связи с изменением уровня депрессии обнаруживают 5 депрессивных симптомов: нарушение сна, снижение интереса, снижение концентрации, грусть, снижение работоспособности.
3. Представленные нами результаты доказывают потенциальную полезность применения опросника SR-16 в клинической практике для оценки динамики уровня депрессии при лечении пациентов с невротическими расстройствами.

Литература

1. Demyttenaere, K. Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales / Demyttenaere K, De Fruyt J. – Psychother Psychosom, 2003. – P.61-70.

2. Bech, P. Measurement issues / Textbook of biological psychiatry. Part 1: Basic principles. Edited by D'Haenen H. – New York, Wiley, 2002.

3. Hamilton, M. Hamilton rating scale for Depression (Ham-D) / Handbook of psychiatric measures. – Washington DC, APA, 2000. – P. 526-538.

4. Rush, AJ. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDSSR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. – Biol Psychiatry, 2003. –P. 573-583.

5. Baer, L. Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health / Baer L, Blais M.A. – Humana Press, 2010. – P. 25-53.

6. McDowell, I. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, Third Edition. – Oxford University Press, 2006.

Репозиторий ГрГМУ

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2011 ГОДАХ

Дерман С.Э.[1], Норик Д.П.[2], Смирнова Т.А.[2], Чушель С.Г.[2]
УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»[2]

Несмотря на то, что лимфома Ходжкина географически распространена на земном шаре достаточно равномерно, проблемы данного заболевания по континентам, странам и административным территориям одной и той же страны могут иметь существенные специфические особенности [1]. Поэтому изучение особенностей региональной структуры заболеваемости представляется значимым направлением в области эпидемиологических исследований лимфомы Ходжкина.

Целью настоящей работы явилось изучение структуры заболеваемости лимфомой Ходжкина в Гродненской области за период с 2005 по 2011 год включительно и сравнение областных показателей заболеваемости с общереспубликанскими. Исследование включало изучение архивных материалов, амбулаторных карт пациентов онкодиспансерного отделения УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за 2005-2011 года.

За период с 2005 по 2011 год включительно в Гродненской области было выявлено 237 случаев заболевания лимфомой Ходжкина. Общая заболеваемость лимфомой Ходжкина в исследуемый период варьировала в диапазоне от 2,7 до 3,4 человек на 100 тысяч населения (таблица 1). При сравнении республиканских и областных показателей заболеваемости за 2005 и 2010 годы статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$) [2].

Таблица 1 - Показатели общей заболеваемости лимфомой Ходжкина в Гродненской области за 2005–2011 годы

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Заболевае-мость, ‰	2,9	2,7	2,9	2,7	3	3,4	2,9

Репозиторий ГрГМУ

Среди общего количества заболевших лимфомой Ходжкина в Гродненской области в 2005- 2011 годах 52% составляют мужчины, 48% - женщины. Показатели заболеваемости у мужчин и женщин за исследуемый период представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Заболеваемость лимфомой Ходжкина у мужчин и женщин

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
Заболевае-	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
мость, ‰	3,0	2,8	2,9	2,6	3,1	2,8	2,8	2,6	3,3	2,7	3,6	3,2	3,2	2,7

При сравнении показателей заболеваемости лимфомой Ходжкина за 2005-2010 годы в Гродненской области и республике в целом статистически значимые различия обнаруживаются только у мужчин за 2010 год. В этом году заболеваемость лимфомой Ходжкина среди мужчин Гродненской области выше, чем по республике (3,6 и 2,9%, соответственно) [2].

Средний возраст заболевших лимфомой Ходжкина составляет 37,7±18,8. Кривая возрастного распределения пациентов имеет пик, приходящийся на возраст 15-39 лет. В возрасте 60-74 вновь наблюдается подъём заболеваемости, однако он слабо выражен относительно первого возрастного пика. В Республике Беларусь с 2002 года отмечается наличие одного пика заболеваемости лимфомой Ходжкина у взрослого населения Беларуси в возрасте 20-34 лет [2].

За период с 2005 по 2011 годы в Гродненской области в 5,5% впервые выявленных случаев заболевания лимфомой Ходжкина была установлена 1 стадия заболевания, в 54,7% случаев – 2 стадия, в 27,4% – 3 стадия, в 12,4% – 4 стадия. В Республике Беларусь за 2010 год 1-2 стадия впервые выявленной лимфомы Ходжкина была установлена в 60,6% случаев, 3 стадия – в 20,1%, 4 стадия – в 5,3%, стадия не установлена – 14,0%.

Поражение медиастинальных лимфоузлов отмечалось в 67,3% случаев, шейных, над- и подключичных – 81,9%, подмышечных – 36,2%, паховых – 16%, внутрибрюшинных - 25,1%. Необходимо отметить, что у части пациентов

Репозиторий ГрГМУ

отмечалось поражение двух и более групп лимфоузлов. Поражение селезенки наблюдалось у 9% заболевших, экстранодальное поражение - у 27,6%. У 53,6% заболевших в клинике присутствовали общие симптомы (симптомы Б), у 46,4% их не отмечалось.

Преобладающим морфологическим вариантом являлся нодулярный склероз (53%), смешанно-клеточный вариант отмечен в 26,3% случаев, лимфоидное преобладание – в 15,5%, лимфоидное истощение – в 5,2%, что сопоставимо с республиканскими данными [2].

Таким образом, в Гродненской области показатели общей заболеваемости лимфомой Ходжкина, её структура по полу, морфологическим критериям, распространённости процесса в целом схожи с республиканскими показателями. Имеются, однако, и некоторые специфические особенности. Так заболеваемость лимфомой Ходжкина среди мужчин Гродненской области в 2010 году значимо выше соответствующего республиканского показателя. Очевидно, необходим сравнительный анализ данных показателей в последующие годы для того, чтобы определить, является ли такая ситуация тенденцией или имеет случайный характер. Кроме того, для населения Гродненской области характерно более раннее по сравнению с общереспубликанским начало возрастного пика заболеваемости Лимфомой Ходжкина (15-20 и 20-34 года соответственно), что, на наш взгляд, должно учитываться при дифференциальной диагностике лимфаденопатий у населения Гродненской области в возрастной группе 15-19 лет.

Результаты работы указывают на необходимость ежегодного анализа структуры региональной заболеваемости и сравнения полученных показателей с общереспубликанскими.

Литература

1. Ашафарян, Л.А. Лимфома Ходжкина / Л.Ф. Ашафарян, В.К. Боженко, П.В. Доценко; под ред. В.П. Харченко. – М.: Русское слово, 2009. – 319 с.

2. Злокачественные новообразования в 2001-2010 / РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова; редкол.: А.Е. Океанов [и др.]. – Минск: РНПЦ МТ, 2011. – 220 с.

Репозиторий ГрГМУ

МАРКЕРЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ФОКУС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ

Дешко М.С., Жук Я.М., Панасюк О.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) - одна из актуальных проблем современной кардиологии. ФП является не только ведущей причиной возникновения инсультов, но и ассоциирована с развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая в большинстве случаев характеризуется сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Это, однако, не дает значительных преимуществ в аспектах качества жизни и прогноза пациентов по сравнению с таковыми у лиц с систолической дисфункцией миокарда ЛЖ [1].

Мочевая кислота (МК), конечный продукт обмена пуринов, рассматривается как один из маркеров сердечно-сосудистого риска, в том числе и ХСН. Повышение МК при ХСН может быть связано как с увеличением ее синтеза, так и со снижением экскреции [2].

Цель - оценить прогностическое значение уровня мочевой кислоты у пациентов с ФП и ХСН с сохраненной ФВ ЛЖ.

Материал и методы. Обследовано 111 пациентов (возраст 55 (48-59) лет, 86 из них (75,5%) мужчины). У 37 пациентов была выявлена пароксизмальная форма ФП, 28 – персистирующая, 46 – постоянная. У 16 (14,4%) пациентов ХСН соответствовала I функциональному классу (ФК) по классификации NYHA, 95 (85,6%) пациентов - сердечной недостаточности II ФК. У 81 (73,0%) пациента имел место анамнез артериальной гипертензии (АГ), 63 (56,8%) – хронической ишемической болезни сердца (ИБС). Пациенты с выраженной ХСН, систолической дисфункцией ЛЖ, анамнезом инсульта, инфаркта миокарда, клапанной ФП, нарушением функции почек были исключены из исследования.

Всем пациентам выполнена эхокардиография, определен сывороточный уровень МК, тест с шестиминутной ходьбой, назначено лечение в соответствии со стратегией контроля ритма

Репозиторий ГрГМУ

или частоты сердечных сокращений, а также антитромботические препараты в зависимости от риска развития инсульта (аспирин, варфарин) и ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (рамиприл, лизиноприл) как upstream-терапия.

Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха либо абсолютной и относительной частот. Сравнение групп выполняли с помощью теста Манна-Уитни. Выявление предикторов прогрессирования ХСН осуществляли посредством регрессионного анализа Кокса с расчётом относительного риска (ОР) и 95% доверительного интервала (ДИ). Пороговое прогностическое значение определяли с помощью ROC-анализа с последующим построением кривых выживаемости по методу Каплана-Мейера и сравнения лог-ранговым критерием.

Результаты. Медиана длительности наблюдения составила 10 месяцев. За это время у 23 (20,7%) пациентов наблюдалось ухудшение клинического течения заболевания в виде увеличения ФК ХСН.

По результатам регрессионного анализа оказалось, что сывороточный уровень МК является независимым предиктором прогрессирования ХСН в данной группе пациентов (ОР 2,70 (95% ДИ 1,64-4,44), $p<0,001$), данные согласованы по возрасту, полу пациентов, наличию АГ, ИБС, форме ФП, величине ФВ ЛЖ (см. рисунок 1).

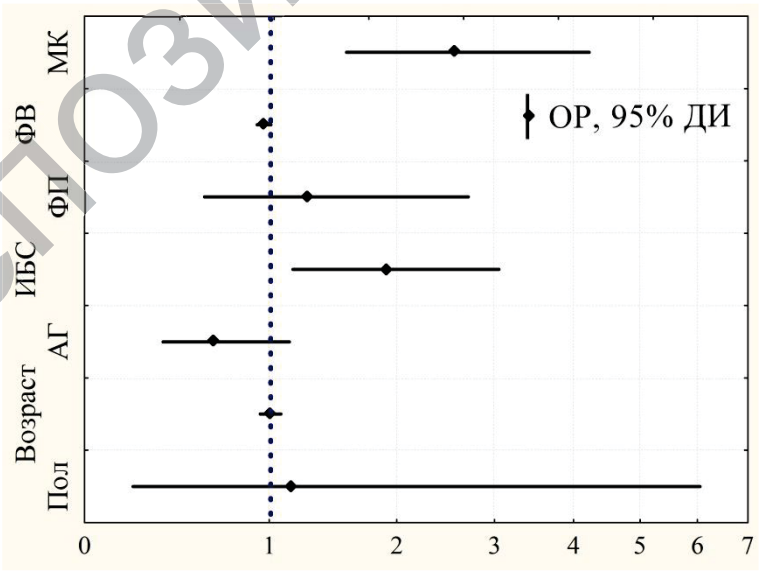


Рисунок 1 - Результаты регрессионного анализа Кокса

Репозиторий ГрГМУ

Необходимо отметить, что пациенты, у которых было отмечено прогрессирование ХСН, имели нормальный уровень урикемии (6,17 (4,85 – 7,01) мг/дл), который все же был значимо выше, чем у пациентов со стабильным течением ХСН (4,88 (4,25-5,71) мг/дл), p<0,001.

Анализ выживаемости показал значимые различия по времени прогрессирования ХСН у пациентов с МК более либо равной 6,1 мг/дл по сравнению с пациентами, у которых определялось меньшее значение МК, p<0,001 (см. рисунок 2).

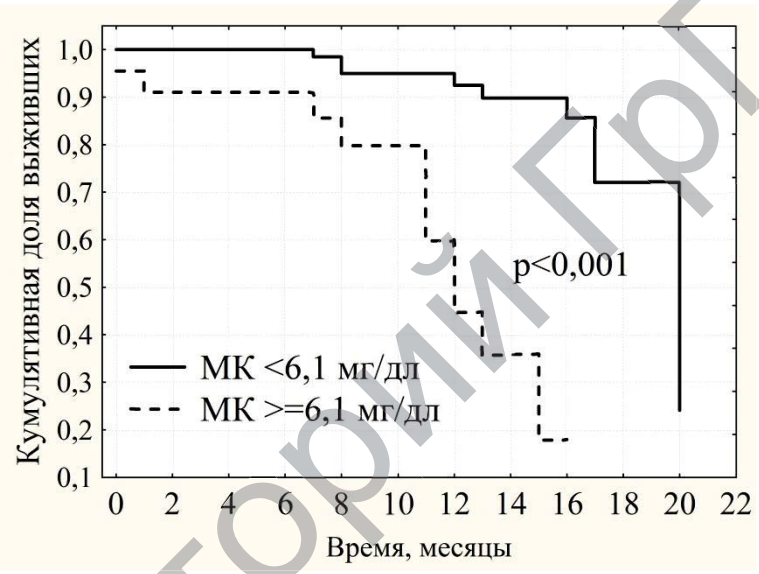


Рисунок 2 - Кривые выживаемости для времени прогрессирования ХСН у пациентов с ФП в зависимости от уровня МК

Выводы. Сывороточный уровень МК является независимым предиктором прогрессирования ХСН у пациентов с ФП и сохраненной ФВ ЛЖ.

Литература

1. Clinical and prognostic effects of atrial fibrillation in heart failure patients with reduced and preserved left ventricular ejection fraction / G.C. Linssen [et al.] // Eur. J. Heart Fail. – 2011. – Vol. 13. – P. 1111-1120.

2. Kaufman, M. Uric acid in heart failure: a biomarker or therapeutic target? / M. Kaufman, M. Guglin // Heart Fail. Rev. [Electronic resource] – Mjde of access: http://rd.springer.com/article/10.1007%2Fs10741-012-9322-2 2012. – Date of access: 08.03.2013.

Репозиторий ГрГМУ

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дешко М.С.[1], Снежицкий В.А.[1], Побиванцева Н.Ф.[3], Зуховицкая Е.В.[1], Мадекина Г.А.[2], Рубинский А.Ю.[2], Снежицкая Е.А.[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]

УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр»[2]

УЗ «Брестский областной кардиологический диспансер»[3]

Введение. Современная нейрогуморальная модель патогенеза хронической сердечной недостаточности (ХСН) доказала, что развитие ХСН происходит по единым патофизиологическим законам вне зависимости от этиологии повреждения. Выявлены различные предикторы, определяющие прогноз пациентов с ХСН: анамнез внезапной смерти, широкий QRS-комплекс, гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), сложные желудочковые нарушения ритма, низкая толерантность к физической нагрузке, повышение мозгового натрийуретического пептида (BNP), низкая фракция выброса (ФВ) и др. Несмотря на наличие широкого спектра доступных в клинической практике маркеров, диагностических методов, современных фармакологических средств, отдаленные результаты лечения пациентов с ХСН остаются неудовлетворительными.

Среди биомаркеров ХСН наиболее широко используется определение BNP в крови. Он привносит значимую информацию в определение прогноза пациентов с ХСН как в условиях медикаментозного лечения ХСН, так и при использовании имплантируемых устройств. Однако надежность изолированного использования BNP ограничена, поскольку позволяет определить пациентов высокого риска при значительном повышении данного маркера, что с позиций клинической практики неприемлемо, т.к. соответствует поздним, менее курабельным стадиям ХСН. Это подтверждается и значительным разбросом значений уровня BNP, который может быть использован для определения риска смерти пациентов с ХСН – по данным мета-анализа, проведенного P.A. Scott и др., 2009, - от 23 до 880 пг/мл. Наоборот, умеренное повышение BNP может быть обусловлено наличием гипертрофии миокарда ЛЖ, тахикардией (особенно при

Репозиторий ГрГМУ

ФП), перегрузкой правого желудочка и гипоксемией (при хронической бронхолегочной патологии), дисфункцией почек, пожилым возрастом, влиянием пола (у женщин выше), циррозом печени, некоторыми инфекциями и т.д. Соответственно, наблюдаемые исходы характеризуются значительной вариабельностью относительно предсказанных. Кроме того, ряд пациентов с ХСН имеют нормальную систолическую функцию ЛЖ (диастолическая ХСН), при которой также определяется повышенный BNP. Вместе с тем пациенты с диастолической ХСН характеризуются лучшим прогнозом по сравнению с таковыми с систолической дисфункцией и более низким риском смерти.

Цель - повысить эффективность выявления пациентов с ХСН и высоким риском смерти.

Материал и методы. Обследовано 224 пациента с ХСН (178 (79,5%) мужчины, возраст 58 (51-68) лет, среди них 21 (9,4%) пациентов с I ФК, 109 (48,7%) с II ФК, 68 (30,4%) с III ФК, и 26 (11,6%) с IV ФК по классификации NYHA. У 148 (66,1%) пациентов ХСН развилась на фоне ИБС, у 27 (12,1%) являлась результатом дилатационной кардиомиопатии, у 49 (21,9%) – ишемической кардиомиопатии.

Нами предложен индекс вегетативного обеспечения сердечно-сосудистой деятельности I, который рассчитывается по формуле: $I=(LF_2 \cdot HF_1 \cdot (LF_2+HF_2))/(LF_1 \cdot HF_2\ (LF_1+HF_1))$, где LF и HF – мощность соответственно низко- и высокочастотной компоненты спектра вегетативной регуляции сердечной деятельности; индексы 1 и 2 – значения, полученные при фоновом исследовании и при выполнении ортостатической пробы. Предложенный индекс основан на измерении степени изменения баланса отделов автономной нервной системы в условиях ортостаза. Сомножитель $(LF_2+HF_2)/(LF_1+HF_1)$ обеспечивает учет изменения общей мощности спектра модуляции сердечного ритма в условиях ортостаза.

Результаты. Группа пациентов с ХСН, которые выжили в течение периода наблюдения, значимо (тест Манна-Уитни) отличалась по ряду параметров от умерших больных: BNP 160 (157-377) пг/мл и 638 (134-898) пг/мл; ФВ 56 (45-54)% и 33 (28-39)%; индекс I 0,7 (0,33-0,91) и 0,17 (0,14-0,28), сответственно

Репозиторий ГрГМУ

(данные представлены в виде медианы, интерквартильного размаха).

При проведении ROC-анализа были определены отрезные значения перечисленных параметров по максимальной диагностической эффективности прогнозирования смертельного исхода у пациентов с ХСН: повышение BNP>450 пг/мл; снижение ФВ ЛЖ<40%; снижение индекса I<0,2. Отсюда, для оценки риска смерти необходимо найти суммарный балл S по формуле: $S=N_1+N_2+N_3$, где $N_1=1$ при уровне BNP>450 пг/мл; $N_2=1$ при ФВ ЛЖ<40%; $N_3=1$ при величине индекса I<0,2. В случае, если S=0, оценивают риск смерти у пациентов с ХСН как низкий; S=1, риск средний; S=2, риск высокий; S=3, риск очень высокий.

Среди обследованных пациентов на основе предложенного способа низкий риск смерти был определен у 159 (71,0%) пациентов, средний – 34 (15,2%), высокий – 24 (10,7%), очень высокий – 7 (3,1%). Это соотносится с наблюдаемыми частотами смертельных исходов: среди пациентов с низким риском случаев смерти не было зарегистрировано, средним - 3 (8,8%) случая, высоким - 12 (50,0%), очень высоким – 6 (85,7%).

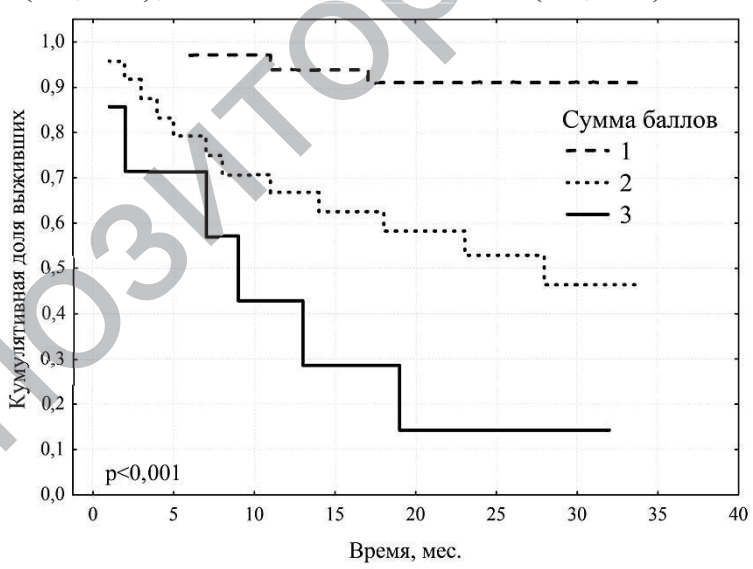


Рисунок - Кривые выживаемости для обследованных пациентов в зависимости от величины риска, рассчитанного по предложенному способу

Выводы. Таким образом, представленный способ позволит повысить эффективность выявления пациентов с ХСН с высоким риском сердечной смерти.

Репозиторий ГрГМУ

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Довнар И.С., Мармыш Г.Г., Дешук А.Н., Козак Е.И., Шевчук Д.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Актуальность. Кисты поджелудочной железы являются одним из типичных осложнений перенесенного деструктивного панкреатита. Этих пациентов следует относить к группе повышенного риска в связи с высокой вероятностью возникновения осложнений (кровотечение, нагноение, перфорация и др.). Это связано с тем, что анатомическая зона образования кист обильно кровоснабжается и имеются благоприятные условия для транслокации микроорганизмов из кишечника в кисту.

Кисты поджелудочной железы в отличие от опухолей не требуют радикального удаления всех их стенок с окружающими контактными органами. Современная тактика ведения лиц с кистами поджелудочной железы ставит основную задачу – ликвидация полости кисты с использованием малотравматичных методик. Это может быть достигнуто путем применения пункционно-дренажного метода под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Операции позволяют пунктировать и дренировать кисты наиболее коротким доступом, контролировать прохождение инструмента не только через брюшную полость, но и через паренхиматозный или полый орган, выполняются из минидоступа, не требуют наложения пневмоперитонеума и осуществляются, практически всегда, под местной анестезией. Это обстоятельство позволяет оперировать больных с тяжелой патологией и в преклонном возрасте. Малая травматичность операций снижает риск инфицирования.

Проблему лечения больных с кистами поджелудочной железы целесообразно рассмотреть в трех аспектах: показания к оперативному лечению; установление топического расположения кисты по отношению к окружающим органам; выбор метода оперативного лечения.

Показания к оперативному лечению. Согласно современным представлениям наличие таких осложнений, как кровотечение,

Репозиторий ГГМУ

перфорация, нагноение является абсолютным показанием к экстренному оперативному лечению. Более того, наличие напряженной кисты с выраженным болевым синдромом мы также рассматриваем как абсолютное показание к срочной операции. Проблема определения показаний к оперативному лечению возникает при малосимптомных кистах поджелудочной железы.

При отсутствии признаков осложнения кисты главным критерием определения показаний к операции мы рассматриваем размеры образования. Кисты размером менее 4 см в диаметре подлежат консервативному лечению. Если размер кисты составляет 5-7 см, показания к операции сопоставляются с локализацией образования, безопасностью и эффективностью планируемого оперативного вмешательства. Кисты диаметром 8 см и более подлежат оперативному лечению.

Установление топического расположения кисты по отношению к окружающим органам. У больных с кистами поджелудочной железы предоперационное обследование имеет отличительные особенности. Пристальное внимание следует обращать на объективизацию данных диагностических методов исследования. Методы обследования должны быть простыми, информативными, легко выполнимыми, доступными для лечебно-профилактических учреждений. Целесообразно располагать данными, подтверждающими или исключающими давление кисты на окружающие органы. Обязательными являются оценка расположения паренхиматозных органов и самой поджелудочной железы, а также, по возможности, максимальное получение информации о локализации полых органов. Важный элемент предоперационного обследования – поиск наиболее короткого доступа к кисте.

Основным методом диагностики кист поджелудочной железы в настоящее время является ультразвуковое исследование (УЗИ). Метод высоко информативен в плане выявления кист, но проблема в том, что при УЗИ плохо видны полые органы, особенно, если они сдавлены близлежащей кистой или спаяны с ней. Итогом такого соседства в последующем может быть пункция или дренирование кисты через желудок или кишечник.

Репозиторий ГрГМУ

Топическая диагностика до операции должна обеспечить условия для выполнения операции с минимальным риском. В связи с этим больным с кистами поджелудочной железы показано проведение дополнительных методов исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Применение данных методов способствует получению объемного изображения, более четкому представлению о локализации внутренних органов вокруг кисты и выбору наиболее безопасного подхода к кисте.

Выбор метода оперативного лечения. Выполнение операции у лиц с кистами поджелудочной железы – сложная и ответственная задача, что обусловлено многообразием вариантов анатомического расположения кисты, недостаточностью визуализации внутренних органов и кровеносных сосудов при УЗИ. Методы миниинвазивного операционного лечения традиционно подразделяют на пункцию или дренирование. Пункция кисты тонкой поисковой иглой менее опасная операция, но и менее эффективная. Методика обеспечивает эвакуацию содержимого кисты. В последующем отмечается некоторое уменьшение размеров кисты, однако полного излечения в большинстве случаев не удается достичь из-за не проведения деэпителизации, которую выполнять крайне опасно.

Более выраженный положительный эффект достигается при применении дренирования кисты за счет постоянной эвакуации содержимого и создания условий для склеивания ее стенок. Постельный режим в течение 24 ч. после хирургического вмешательства обеспечивает уменьшение болевого синдрома и герметизацию вокруг дренажной трубки.

С 2002 по 2012 гг. в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» на базе кафедры общей хирургии пункционно-дренажный метод был применен у 126 больных с кистами поджелудочной железы. Из 126 больных санационно-диагностическая пункция выполнена у 78, пункция в сочетании с дренированием - у 48 пациентов. Однократные пункции оказались эффективными у 26 больных, у 52 пациентов для купирования воспалительного процесса повторно проводили пункционное лечение.

При кистах больших размеров пункция одновременно

Репозиторий ГрГМУ

дополнялась ее дренированием. Данная операция производилась через желудочно-ободочную связку у 40, через левую долю печени - у 5 больных и через две стенки желудка у 3 пациентов. Несмотря на то, что в обоих случаях послеоперационный период протекал без перитонита или формирования наружного свища, тем не менее, мы считаем данную операцию более опасной и стараемся по возможности не применять данный способ дренирования.

Среднее количество содержимого в полости составило 600 мл. В послеоперационном периоде проводилась аспирация содержимого кисты с фракционным промыванием полости. Эффективность лечения оценивали на основании уменьшения размеров полости кисты и оценкой количества и качества отделяемого из кисты содержимого.

В среднем срок лечения больных, подвергшихся оперативному лечению, составил 27 дней, консервативно лечившихся больных -14 дней. При повторном УЗ исследовании через 10-13 дней кисты поджелудочной железы после оперативного лечения у 45 (67,2%) больных не обнаруживались, у 22 (32,8%) пациентов кисты выявлялись, но размеры кист были значительно меньше - в 2-3 раза. Средняя длительность лечения пациентов при использовании пукционно-дренажного метода под контролем УЗИ составила 22 дня.

Таким образом, малотравматичные пункционно-дренирующие оперативные пособия, выполняемые под местной анестезией, позволяют в кратчайшие сроки и без серьезной травматизации окружающих тканей дренировать полости, устраняя интоксикацию организма и болевой синдром. Однако считать рассматриваемую проблему на сегодняшний день окончательно решенной было бы заведомым ее сужением. Киста поджелудочной железы – многофакторное заболевание со сложным патогенезом и множественными проявлениями, одно из которых – наличие полости с жидкостным содержимым. В целях повышения безопасности и эффективности хирургического лечения у лиц с кистами поджелудочной железы необходимо иметь хорошую ультразвуковую аппаратуру, специальное оснащение для пункционно-дренируюших операций и подготовленных квалифицированных специалистов.

Репозиторий ГрГМУ

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ: ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА

Дорошкевич И.П., Никонова Л.В., Тишковский С.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сахарный диабет (СД) представляет собой важную, постоянно растущую медицинскую и социальную проблему современного общества. Медико-социальная значимость данной патологии определяется ранней инвалидизацией и смертностью пациентов.

Наиболее часто встречающееся осложнение СД - диабетическая полинейропатия (ДПН). Распространенность ее колеблется в достаточно широких пределах (от 15 до 90%), причем у лиц с длительностью СД 15 лет это осложнение регистрируется более чем в 60% случаев [4]. Различия в частоте встречаемости ДПН обусловлены использованием различных критериев ее диагностики. При целенаправленном исследовании с использованием камертона, монофиламента, тип-терма нарушения функционального состояния периферической нервной системы регистрируются у 60-80% больных СД [1]. Есть данные, что при проведении электромиографии (ЭМГ) ДПН обнаруживается у 100% больных диабетом [2]. ДПН, являясь поздним осложнением СД, не только значительно снижает качество жизни больного, но и способствует развитию других осложнений СД, таких как, язвенные дефекты стоп (нейропатическая форма синдрома диабетической стопы) и нейроостеоартропатия (стопа Шарко). ДПН лежит в основе 50-75% всех нетравматических ампутаций при СД [2, 3, 5].

Симметричная дистальная полинейропатия (СДП) - наиболее часто встречающаяся форма полинейропатии при СД. Эта форма возникает у абсолютного большинства больных, как правило, через 5 лет от дебюта СД, у 30-50% проявляется в клинически выраженной форме, у остальных имеются субклинические нарушения [4]. В типичных случаях СДП симптомы нарушения чувствительности сочетаются с умеренной слабостью в мышцах дистальных отделов конечностей и признаками вегетативной дисфункции. Наблюдается симметричное нарушение болевой, температурной, тактильной и

Репозиторий ГГМУ

глубокой чувствительности в зоне «носков» и «перчаток», в тяжелых случаях поражаются периферические нервы туловища, что проявляется гипестезией кожи груди и живота. Снижаются, а затем угасают ахилловы рефлексы, нередко выявляются признаки ишемической нейропатии конечных ветвей большеберцового или малоберцового нервов, атрофия мышц, формирование «отвисающей» стопы [3, 5].

Целью нашего исследования явилось изучение состояния чувствительности периферической нервной системы у пациентов с СД 1 типа и СД 2 типа. В исследование были включены пациенты с СД в стадии декомпенсации, с наличием диабетической полинейропатии (29 человек: 13 СД 1 типа и 16 СД 2 типа). Проводилось исследование вибрационной, тактильной, болевой, температурной чувствительности с использованием камертона 128 Гц, монофиламента 10 г., тип - терма, иглы с притупленным концом для определения болевой чувствительности [3, 5]. О компенсации углеводного обмена судили по уровню гликированного гемоглобина (НвА1с). Количественная оценка периферической полинейропатии оценивалась с помощью шкалы НДС (нейропатический дисфункциональный счет) по M.J. Yong [5] Результаты исследования чувствительности представлены на рисунке 1.

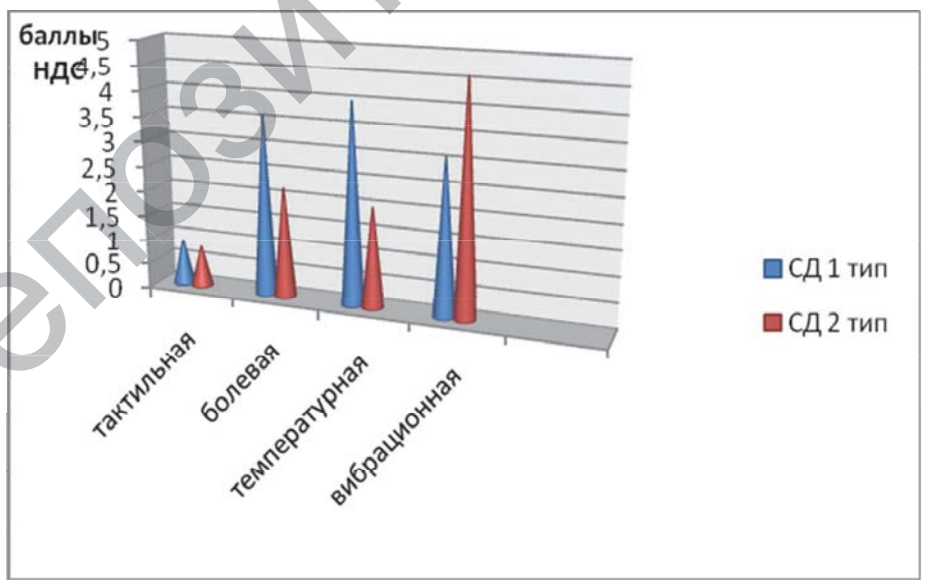


Рисунок 1 – Сравнительная характеристика видов чувствительности

Репозиторий ГрГМУ

В группе СД 1 типа отмечено достоверное снижение ($p<0,05$) вибрационной, температурной и болевой чувствительности. При исследовании коленного рефлекса установлена достоверная разница между группами с СД 1 типа и СД 2 типа. Ахилловы рефлексы в двух группах были снижены или отсутствовали, однако достоверного различия между обследуемыми группами не установлено.

Полученные данные свидетельствуют о глубоком поражении периферической нервной системы у больных с СД 1 типа в стадии декомпенсации по сравнению с пациентами в СД 2 типа. Анализ шкалы НДС позволяет судить о том, что для СД 1 типа характерна выраженная полинейропатия, а при СД 2 типа полинейропатия характеризуется умеренными проявлениями.

Литература

1. Анциферов, М.Б, Волкова А.К. Диагностика и лечение диабетической дистальной полинейропатии у больных сахарным диабетом в амбулаторной практике / М.Б. Анциферов, А.К. Волковой // Русский медицинский журнал. – 2008. - № 15. - С. 12-15.

2. Зусьман, А.А., Турбина С.А, Лечение болевой формы диабетической полинейропатии /А.А. Зусьман, С.А.Турбина // Лечащий врач. – 2011. - № 3. – С. 10-12.

3. Данилова, Л.И. Сахарный диабет и его осложнения: клинические варианты диабетической нейропатии: метод. Пособие / Л.И. Данилова, Н.А. Ярошевич. – Минск : ДокторДизайн, 2009. – 44 с.

4. Сахарный диабет. Клиника, диагностика, поздние осложнения, сахароснижающая и метаболическая терапия / под ред. В.И. Бородиной. – Москва: ИД «Медпрактика – М», 2009. – С. 25-31.

5. Хасанова,Э.Р., Петурнина, Н.А. Возможности нейропротекторной терапии в лечении диабетической полинейропатии / Э.Р. Хасанова, Н.А. Петунина, // Эффективная фармакотерпия.Эндокринология. – 2011. - № 3. – С. 2-4.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА КРЫС, РОЖДЕННОГО В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ

Дудук Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Большинство исследователей считает, что при холестатическом гепатозе беременных прогноз для матери благоприятный. Холестаз беременных не является показанием для прерывания беременности. Вместе с тем имеются указания на

Репозиторий ГрГМУ

высокую частоту тяжелого послеродового кровотечения у больных с данной патологией. Частота перинатальной смертности составляет 11-13%, что сочетается с большой частотой (36%) преждевременных родов [3]. В последующем ограничение материнской билиарной экскреции вызывает у детей опасность увеличения смертности в постнатальном периоде и раннем детском возрасте [4]. Проведенные ранее экспериментальные исследования показали, что данная патология оказывает значительное влияние на развитие органов и систем потомства [1, 2]. Поддерживая гипотезу о наличии органоспецифических связей между организмом матери и плода печень является наиболее интересным органом для изучения.

Цель работы – дать комплексную оценку структурно-функциональным нарушениям, развивающимся в печени 15- и 45-суточного потомства крыс с экспериментальным обтурационным холестазом.

Материал и методы исследования. В эксперименте были использованы белые беспородные самки массой 180-200 г и их потомство. О холестатическом поражении печени у самок судили на основании биохимических (увеличение в крови билирубина, повышение активности аланин- и аспартатаминотрансфераз и др.) и морфологических изменений (дистрофия гепатоцитов, периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация и др). Исследовали печень 40 крысят. 20 из них родились от самок, которым на 17 сутки беременности моделировали экспериментальный обтурационный холестаз по методу Кизюкевича. 20 других крысят, родившихся от самок, которым в этот же срок выполняли ложную операцию, служили контролем. Один кусочек печени каждого животного фиксировали в жидкости Карнуа. Изготовленные парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином для морфометрии и по методу Шабадаша для выявления нейтральных гликопротеинов; другие - замораживали в жидком азоте, а криостатные срезы использовали для гистохимического исследования активности ферментов.

Результаты исследований показали, что у опытных самок-крыс происходит удлинение сроков беременности в среднем на 1-2 дня по сравнению с контрольными. Масса 15-суточных крысят,

Репозиторий ГрГМУ

родившихся от матерей с холестазом, смоделированным на поздних сроках беременности, на 17,9% меньше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В свою очередь масса печени опытных крысят составляет в среднем 842 мг, что на 30,9% меньше массы печени крысят контрольной группы (1212,5 мг) ($p<0,05$). Абсолютная масса печени 45-суточных опытных крысят также значительно отстает от контроля – 2688,86 мг при 3582,00 мг в контроле ($p<0,05$). К 15 суткам постнатального развития печеночные дольки еще не сформированы: нет четкого радиального расположения печеночных балок. Печеночные пластинки имеют скорее извилистый ход. Нередко у опытных животных среди таких извилистых балок встречаются скопления клеток, предположительно, кроветворных. Размеры клеток в опытной и контрольной группах существенно не различались. Изменяется лишь их форма: они становятся более округлыми. Периметр ядер в опыте на 7,1% меньше, чем в контроле ($p<0,05$). Полуколичественная оценка содержания нейтральных гликопротеинов в гепатоцитах опытных и контрольных животных не показала существенных различий. В ходе исследования было выявлено повышение в гепатоцитах активности ЛДГ на 39,8% ($p<0,05$). Активность СДГ имеет тенденцию к снижению. Активность ЩФ в опыте незначительно повышается, тогда как активность НАДН-ДГ, Г-6-Ф-ДГ приближена к контрольным значениям. К 45 суткам, наряду с гепатоцитами, сохранявшими близкую к нормальной структуру, в печени опытных животных выявлялось большое количество клеток, в цитоплазме которых присутствовали многочисленные липидные капли, различающиеся по размерам. Отмечено незначительное расширение синусоидов, межклеточных промежутков и желчных капилляров. В центральной части классических печеночных долек 45-суточного опытного потомства отмечается уменьшение размеров гепатоцитов: минимального и максимального диаметров, периметра и площади. Показатели формы клеток приближены к контрольным значениям. На периферии долек нет существенных отличий в размерах и форме гепатоцитов между опытом и контролем. В цитоплазме гепатоцитов 45-суточных опытных животных отмечается уменьшение содержания гликогена. Отмечается

Репозиторий ГрГМУ

статистически значимое снижение активности сукцинатдегидрогеназы, а в центральной же части происходит повышение активности щелочной фосфатазы. Активность дегидрогеназ лактата и восстановленного НАД в центре и на периферии долек приближены к контрольным значениям; имеется тенденция к повышению активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Таким образом, холестаз матери, экспериментально вызванный во время беременности, замедляет морфофункциональное становление печени у 15-суточного потомства и данные изменения являются продолжительными по времени, так как наблюдаются вплоть до 45 суток постнатального развития.

Литература

1. Показатели физиологической зрелости потомства в условиях хронических холестатических поражений печени матери / Г.В. Брюхин // Морфология. – 1995. – Т.108. - № 1. – С. 35-38.

2. Структурно-метаболические последствия холестаза для взрослого и развивающегося организма / С.М. Зиматкин [и др.] // Журнал ГрГМУ. – 2008. – №4. – С. 7-9.

3. Шехтман, М.М. Физиология и патология органов пищеварения у беременных / М.М. Шехтман [и др.]. – Ташкент: Медицина. – 1989. – С. 112.

4. Mackillop, L. Liver disease in pregnancy. / L.Mackillop et al // Postgrad. Med. J. – 2010. – V.86 (1013). – P. 160-164.

К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Дудук С.Л., Кузмицкая Ю.Л., Кевляк-Домбровская Л.Э.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На данном этапе современного развития педагогики высшей школы от учебного заведения требуется внедрение новых подходов к обучению, которые позволили бы наряду с подготовкой согласно требованиям, предъявляемым образовательным стандартом, обеспечить развитие коммуникативных компетенций студентов.

Важность формирования коммуникативных компетенций обусловлена тем, что, наряду с академическими и профессиональными, коммуникативные компетенции необходимы для осуществления определенных видов будущей

Репозиторий ГрГМУ

профессиональной деятельности студентов-медиков: консультативной, диагностической, реабилитационной, организационно-управленческой, лечебной и научно-исследовательской. В связи с этим, актуальным является формирование коммуникативных компетенций в рамках профессиональной подготовки студентов. Формирование данного вида компетенций возможно с помощью использования информационно-коммуникативного и эвристического подхода в обучении. Работа выполнена в рамках НИР кафедры психологии и педагогики УО «Гродненский государственный медицинский университет» «Формирование коммуникативных компетенций посредством реализации эвристических технологий в обучении», научный руководитель – д.п.н. Король А.Д. Цель заключалась в определении содержания и уровня проявления коммуникативных компетенций студентов медицинского университета, а также содержания эвристических технологий в обучении. Задачи исследования: определить содержание информационно-коммуникативного и эвристического подхода в обучении; изучить содержание коммуникативных компетенций; определить уровень проявления коммуникативных компетенций у студентов.

Информационно-коммуникативный подход подразумевает ориентацию в обучении на продуктивные виды деятельности студента. Продуктивная активность – это аналитическая и обобщающая мыслительная деятельность с критическим осмыслением усвоенных знаний. Активизация деятельности мышления достигается путем постановки целей: сравнить, проанализировать, обобщить, вынести умозаключения на основе услышанного и прочитанного материала; за счет самостоятельной постановки вопросов студентами. В рамках занятий при реализации данного подхода отмечается использование открытых и творческих заданий, групповой и самостоятельной деятельности студентов, участие в форумах по вопросам учебного материала, использование группы диалогических методов: диалога, эвристической беседы, групповой дискуссии.

В зависимости от цели и задач преподавания дисциплин нами использованы следующие информационные технологии и технологии эвристического обучения. На первом этапе предоставления студентам информации и в процессе последующей

Репозиторий ГрГМУ

её актуализации акцент сделан на следующих аспектах: электронные презентации, электронные учебники, рассылки на почтовые ящики, on-line психологические журналы и газеты. На втором этапе представления студентами результатов по освоению материала и оценивания его преподавателем мы использовали форумы, тестирование, презентации, публикации работ в on-line конференциях с обсуждением всеми участниками. На третьем этапе, этапе обмена опытом с другими студентами, эффективным оказывается обсуждение результатов на форуме и обучение на различных дистанционных курсах.

Эвристическое обучение направлено на конструирование учащимся собственного образовательного пути посредством предоставления возможности ставить цели в учебном познании, выбирать необходимые формы и методы, темпы обучения, применять те способы учения, которые наиболее соответствуют его индивидуальным особенностям, осуществлять рефлексию собственной образовательной деятельности.

Сотрудниками кафедры психологии и педагогики в преподавании дисциплин психологического профиля сделаны попытки внедрения различных вариантов информационных технологий в образовательный процесс. В частности, в преподавании дисциплин психологического профиля акцент делается на использование следующих вариантов информационных и эвристических технологий – профессионально-ориентированные презентации и электронные учебники, рассылка по электронной почте, форум, телеконференции, автоматизированное тестирование, открытые задания, метод-проектов и т.д.

Для более детального рассмотрения вопроса о коммуникативной деятельности студентов сотрудниками кафедры были разработаны коммуникативные качества применительно к специальностям медико-психологического профиля, по которым и осуществлялась первичная диагностика их сформированности у студентов. Так, коммуникативная компетентность включает следующие качества: умение выполнять роль организатора дискуссии; возможность выстраивать изложение своих мыслей, чувств, подводить итоги; понимать точку зрения другого; способность отстаивать свою точку зрения; способность четко

Репозиторий ГрГМУ

ставить понятные вопросы; способность подвергать осмыслению процесс общения; навык самопрезентации. Для первичной оценки уровня проявления коммуникативных компетенций была разработана анкета.

По результату проведенного эмпирического исследования на предмет уровня проявления коммуникативных качеств получены следующие результаты. Эмпирическую базу исследования составили студенты медико-психологического и педиатрического факультетов в количестве 95 человек. Слабовыраженными оказались следующие коммуникативные качества: активность в постановке вопросов преподавателю на занятиях (49%); доводить ход своих рассуждений до аудитории (44,0%); способность к самопрезентации, используя невербальные средства (38,5%); активность в постановке вопросов другим студентам при изучении темы (33%); способность к самопрезентации, используя вербальные средства (33,3%); готовность первым проявить инициативу в группе и дать ответ на поставленный вопрос преподавателя (26%).

Таким образом, следует отметить необходимость повышения уровня проявления коммуникативных качеств у студентов-медиков. Эффективным способом и технологией реализации данной задачи будет использование информационных и эвристических технологий. Проведенный сотрудниками кафедры теоретический анализ существующих возможностей использования информационных технологий и опыта их конкретной реализации свидетельствует об их эффективности, необходимости и возможных перспективах использования. Организация преподавателем эвристического обучения на практических и лекционных занятиях способствует развитию личностных эвристических качеств студента: когнитивных, креативных, коммуникативных и организационно-деятельностных.

Литература

1. Андреев, В.И. Эвристика для творческого саморазвития : учеб. пособие / В.И. Андреев. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 1994. – 247 с.

2. Гмарь, А.В. Применение современных информационных технологий для обеспечения процесса обучения / А.В. Гмарь // Дистанционное и виртуальное обучение. – 2001. – № 10. – С. 16-18.

3. Король, А.Д. Диалог в эвристическом обучении : учеб. пособие / А.Д. Король. - Гродно, 2001. – 97 с.

Репозиторий ГрГМУ

ГИГАНТСКАЯ МИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Егорова Т.Ю.[1], *Новицкая Т.В.*[1], *Колесникова Т.А.*[2], *Могильницкая О.Э.*[1], *Пашенко Е.Н.*[2]
УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]
УЗ «Гродненский областной перинатальный центр»[2]

Миома матки в настоящее время является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний у женщин репродуктивного возраста, и сочетание его с беременностью происходит все чаще и чаще. Это можно объяснить двумя факторами: омоложение доброкачественной опухоли и увеличение возраста первородящих женщин после 30 лет. Тактика ведения беременности у пациенток с миомой матки представляет всегда большие трудности, особенно, когда речь идет о сохранении репродуктивной функции на дальнейшую перспективу. Беременность при миоме матки (0,5–6% – частота встречаемости по данным различных авторов), а также роды и послеродовой период нередко имеют осложненное течение и в ряде случаев заканчиваются потерей плода и матки. Частота обнаружения миомы матки у беременных достигает 7%.

Беременность у женщин с миомой матки может протекать с осложнениями в виде угрозы прерывания: ранних и поздних самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты или аномалиях ее прикрепления. Первой проблемой является решение вопроса о необходимости удаления миоматозного узла во время беременности и ее пролонгирование. Второй проблемой встает выбор метода родоразрешения и объем оперативного вмешательства в зависимости от размеров и расположения узлов миомы матки. Оптимальным вариантом исхода беременности является рождение здорового ребенка, сохранение детородного органа – матки.

Пациентка С., 33 года, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку месячных. Была диагностирована беременность малого срока и наличие миоматозного узла по правому ребру матки. Выполнено УЗИ органов малого таза 01.08.11 г.: Плодное яйцо 17х16х17мм., в области дна

Репозиторий ГрГМУ

субсерозный узел 18х10х15, край узла доходит до нижней границы печени. Закл.: Беременность 4-5 недель, Миома матки больших размеров. Пациентка первоначально была не заинтересована в сохранении беременности и настаивала на прерывании. Обследована согласно протоколам прерывания беременности, но прерывание не было выполнено по техническим причинам. Повторно направлена врачом женской консультации для прерывания беременности в сроке 11-12 недель в стационар, в котором ей было отказано.

В сроке беременности 12-13 недель беременную госпитализируют в отделение гинекологии БСМП с диагнозом: быстрорастущая миома матки больших размеров с нарушением трофики узла. Беременность 12 недель. При УЗИ исследовании органов малого таза (16.09.11 г.) была обнаружена матка размером 17х12х14 см., объем 1553 $см^3$, контуры ровные, структура неоднородная, тело матки отклонено влево, в полости плодное яйцо 6.4 см, визуализируется эмбрион 6,12 см. СБ+. По правой боковой стенки конгломерат из фиброматозных узлов более 16х12 см, неоднородной структуры с участками повышенной и пониженной эхогенности. СК в венах 0,7 см. СД в артериях 1,52. В левом яичнике киста желтого тела 2,9 см.

Для дальнейшего наблюдения и лечения пациентка переведена в УЗ «ГОКПЦ». Выполнено дополнительное клинико-лабораторное исследование, кольпоскопия от 28.09.11 г. без патологии, в мазках на онкоцитологию патологии не выявлено. 23.09.11 г. по данным УЗИ органов малого таза по правой боковой стенке матки визуализируется фиброматозный узел более 19,4х13,4х17,2 $см^3$, объем более 2326 $см^3$, занимающий всю брюшную полость. Проведена пролонгирующая беременность терапия, включающая Дюфастон по 10 мг 2 раза в сутки. Учитывая быстрый рост узла с прогрессирование беременности, решено было выполнить оперативное вмешательство, объем которого необходимо было решить интраоперационно.

29.09.11 г. выполнена нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка. Консервативная миомэктомия. При вскрытии брюшной полости обнаружена опухоль серо-белого цвета, размером 25х20х16 см на широком основании, исходящая из дна матки, весом 4200 г. Выполнено удаление опухоли без вскрытия

Репозиторий ГрГМУ

полости матки. Наложены на ножку опухоли отдельные дексоновые швы, перитонизация непрерывным дексоновым швом. Выполнен интраоперационно УЗИ контроль жизнеспособности плода (СБ +, Движение +). Гистологический ответ cito! и заключительный - лейомиома с некрозами. Общая кровопотеря составила 500 мл.

В послеоперационном периоде назначена традиционная беременность сохраняющая терапия, антибиотикотерапия (Цефотоксим 1 г внутривенно через 12 часов), Аспирин 0,25 г 2 раза в сутки, адекватное обезболивание, гормональная коррекция Дюфастоном 40 мг в сутки. Швы сняты на 7-е сутки, заживление первичным натяжением и пациентка выписана на 12 сутки из стационара. УЗИ при выписке 13.10.2011 г. беременность 16 недель. Степень зрелости плаценты - 0. Количество околоплодных вод умеренное. Стенка матки без изменений.

В дальнейшем беременность протекала относительно благополучно: дважды проходила профилактический курс лечения в условиях дневного стационара женской консультации № 5 в сроке 17-18 недель и 20-21 неделя. В стационарном лечении не нуждалась. Проводилась профилактика ФПН по общепринятым схемам. При доношенной беременности поступила на дородовую госпитализацию 15.03.13 г. в УЗ «ГОКПЦ» с диагнозом Беременность 277 дней. ОАГА (состояние после консервативной миомэктомии во время беременности). Гестоз $О_1П_0Г_0$. Возрастная первобеременная (33 года). Резус отрицательная принадлежность крови.

20.03.13 г. Выполнена повторная нижнесрединная лапаротомия с иссечением старого рубца на коже. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. В 08.55 за головку извлечен ребенок женского пола весом 3000 г., ростом 49 см, без видимых уродств, с оценкой по шкале Апгар на 1-ой минуте 8 баллов. По задней стенке матки обнаружены 2 миоматозных узла в диаметре до 5 и до 3 см. Решено выполнить энуклеацию фиброматозных узлов, ложе ушито непрерывным однорядным дексоновым швом. Гистологический ответ – лейомиома. Послеоперационный период протекал без осложнений, шов зажил первичным натяжением. Швы сняты на 7-е сутки. В удовлетворительном состоянии выписана домой с ребенком на 8-е сутки.

Репозиторий ГГМУ

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОЖИВАНИЯ И ПОЛА НА ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОРАЖЁННОСТЬ 15-18-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

Езепчик О.А., Сурмач М.Ю.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Состояние здоровья подростков определяет демографический, экономический и трудовой потенциал страны. Изучение влияния конкретных факторов на показатели здоровья подростков позволит определить направленные меры профилактики, укрепления здоровья данного контингента.

Цель работы: по данным комплексной оценки состояния здоровья (медицинских осмотров) подростков 15-18 лет, проживающих на территории Республики Беларусь, изучить гендерные особенности патологической поражённости популяции подростков, установить влияние на изучаемые показатели фактора проживания в городе или селе. В 2012 году исследована выборка лиц 1994-1997 годов рождения (N=886, из них 428 девочек и 458 мальчиков, в том числе 177 подростков – из села). По факторам возраста (по долям групп 15-летних, 16-летних и объединённой группы 17-18-летних подростков), проживания в городе (селе) и пола выборка соответствовала популяционным данным [2, с. 8]. Сведения извлекались методом выкопировки из первичной медицинской документации по схеме переводного эпикриза [1] и обрабатывались при помощи программ STATISTICA 10,0, SPSS 20,0. Сравнение групп по экстенсивным показателям выполнялось при помощи расчёта критерия χ^2, результаты считались достоверными при $p<0,05$.

Сведения о заболеваниях, выявленных на момент медицинского осмотра, были систематизированы согласно МКБ-10. Для расчета патологической поражённости в целом число всех выявленных при медицинских осмотрах заболеваний и патологических состояний делили на общее число осмотренных (в пересчёте на 1000 подростков); для расчёта патологической поражённости по отдельному классу МКБ-10 число выявленных по данному классу заболеваний / патологических состояний делили на общее число осмотренных (в пересчёте на 1000).

Репозиторий ГрГМУ

Уровень патологической поражённости в целом составил (M±SD) 1344,49±680,72 случаев патологии на 1000 чел. при отсутствии статистически значимых гендерных различий (девушки – 1334,82±668,76 на 1000; юноши – 1353,56±718,76 на 1000; χ^2=0,03; p=0,87). В то же время, при сравнении данных подростков из города и из села, выявлено, что уровень патологической поражённости городских подростков достоверно выше (1399,49±747,98 и 1022,22±150,71 на 1000 человек соответственно, χ^2=5,90; p=0,015). На одного подростка выборки приходится 1,35 заболеваний. При сравнении юношей и девушек различий не обнаружено.

Наиболее распространёнными заболеваниями (патологическими состояниями) среди подростков являются заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99 по МКБ-10) – 325,05 на 1000 подростков; болезни глаза (H00-H59) – 273,22 на 1000 подростков; болезни органов пищеварения (K00-K59) – 171,71 на 1000 подростков.

Гендерные различия (с более высокой долей имеющих заболевание или патологическое состояние у юношей) оказались достоверными для такой патологии, как болезни крови (1,3% юношей и 0,7% девушек, χ^2=5,66, p=0,017); болезни органов дыхания (15,1% юношей и 8,7% девушек, χ^2=8,86; p=0,003); симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях (1,1% юношей и 0,5% девушек, χ^2=4,71, p=0,03). В то же время, удельный вес болезней глаза и его придаточного аппарата оказался в 1,3 раза выше у девушек (30,4% девушек и 23,4% юношей, χ^2=5,66; p=0,0174). Указанные различия отмечались только среди подростков, проживающих в городе.

Выявлено, что среди городских подростков в 2,3 раза выше удельный вес лиц, имеющих болезни костно-мышечной системы (31,1% и 13,3% из числа городских и сельских подростков соответственно). При этом существуют достоверные различия между долями имеющих болезни костно-мышечной системы как для девушек из города и села (31,01% и 14,75%, χ^2=6,79; p=0,0092), так и для юношей из города и села (31,2% и 12,2%, χ^2=11,17; p=0,0008). В группе городских подростков в 1,9 раза выше удельный вес лиц, имеющих болезни органов дыхания

Репозиторий ГрГМУ

(1,3% и 6,7% соответственно, χ^2=4,24; p=0,04), с наличием достоверных различий между юношами города и юношами села (χ^2=4,72; p=0,03), но при отсутствии различий между девушками. В группе городских подростков в 1,7 раза выше удельный вес лиц, имеющих болезни глаза и его придаточного аппарата (28,5% и 17,0% подростков из города и села соответственно) при наличии достоверных различий между городскими и сельскими юношами (χ^2=4,80; p=0,03) и отсутствии различий между девушками города и села. У сельских подростков в 1,8 раза выше удельный вес лиц, имеющих болезни системы кровообращения (7,2% и 12,6% соответственно, χ^2=4,55; p=0,033), что так же связано с различиями только среди юношей (χ^2=5,15; p=0,023).

Таким образом, достаточно высокий уровень патологической поражённости подростков в целом не выявляет статистически значимых гендерных различий. Углубленный сравнительный статистический анализ, проведенный по классам заболеваний, показал, что среди юношей достоверно более высокий удельный вес лиц, имеющих болезни крови, болезни органов дыхания, симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях. В то же время, удельный вес лиц, имеющих болезни глаза и его придаточного аппарата, выше у девушек. Эти гендерные особенности оказались выраженными только для городских подростков и обусловили различия между подростками из города и села. Вне зависимости от пола, фактор проживания оказался значим для болезней костно-мышечной системы: городские подростки поражены ими статистически значимо выше.

Указанные особенности необходимо учитывать при разработке мероприятий по диспансеризации лиц старшего подросткового возраста.

Литература

1. Инструкция об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет / в ред. Постановления МЗ РБ от 01.07.2008 г. № 114.

2. Половозрастная структура населения Республики Беларусь на 01 января 2011 года и среднегодовая численность населения за 2010 год / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2011. – 345 с.

Репозиторий ГрГМУ

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЗИОЛОГИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

Емельянчик Ю.М., Зинчук В.В., Балбатун О.А., Дорохина Л.В., Орехов С.Д.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Последние годы развития общества требуют существенного пересмотра в организации преподавания классических дисциплин в медицинских вузах, создающих базис в формировании будущего врача [1]. Коллектив кафедры нормальной физиологии стремится рационально сочетать традиционные формы обучения и инновационные методы с целью качественной подготовки специалистов.

Большое внимание уделяется изданию учебно-методической литературы. В настоящее время имеется значительное количество учебных пособий по нормальной физиологии. Однако, они изданы в основном в России и не учитывают специфику обучения на соответствующих факультетах нашего университета. Всё это предопределяет необходимость издания собственных пособий [2]. В связи с этим проводится активная работа по подготовке и изданию учебно-методической литературы, в частности, за последние годы издано более 50 пособий (16 из них с грифом МО РБ). Изданные пособия пользуются постоянным спросом, неоднократно переиздавались по просьбам студентов и имеют высокий процент реализации через книжный киоск. Благодаря активной издательской деятельности были созданы электронные учебно-методические комплексы для медико-диагностического факультета и магистратуры по специальности «1-79 80 29 Патофизиология, физиология». Ежегодно обновляется материал в практикумах по предмету, которые из рабочей тетради превратились в мощный обучающий инструмент. Практикумы 2011-2012 годов издания, наряду с блоком контролируемой самостоятельной работы, содержат базовые наборы формул, тестовые вопросы, ситуационные задачи, наглядный иллюстративный материал и др.

Соблюдение принципов биоэтики и их дальнейшее развитие при преподавании физиологии человека обеспечивает подготовку гуманного медицинского специалиста. Важнейшим

Репозиторий ГрГМУ

направлением гуманизации учебного процесса является развитие альтернативных методов преподавания и сведение к разумному минимуму острых и хронических опытов на животных [3]. При преподавании физиологии человека используются компьютерные программы виртуальной и интерактивной физиологии, демонстрационные лабораторные работы, учебные видеофильмы, опыты in vitro, неинвазивные методы исследования на добровольцах. Имеется возможность осуществлять виртуальные физиологические эксперименты по большинству разделов физиологии. Создан оригинальный учебный видеофильм по физиологии возбудимых тканей. Развитие неинвазивных методик (компьютеризированные электрокардиография, векторэлектро-кардиография, реография, автоматические анализаторы внешнего дыхания, оксиспирография и др.) позволяет эффективно применять их на добровольцах, заменяя соответствующие острые опыты на животных. Для поиска альтернативных гуманных методов обучения используются Интернет-ресурсы. В рамках проекта «Виртуальные лаборатории» набор интерактивных экспериментов по медицине на английском языке находится в свободном доступе в режиме онлайн (http://virtuallabs.stanford.edu). Международной сетью за гуманное образование InterNICHE созданы виртуальные эксперименты по основным разделам физиологии человека. Примером является обширный проект «Виртуальная крыса» (http://virtualrat.org/).

Развитие телекоммуникаций привело к появлению и внедрению новой формы образования – дистанционному обучению [4]. Дистанционное обучение, проводимое на кафедре нормальной физиологии, является продолжением очного образования и составляет часть контролируемой самостоятельной работы студентов. В частности, используются компьютерное тестирование на WEB-странице университета, WEB-форумы и др. Интерактивные взаимодействия между преподавателем и обучающимися, между самими обучающимися, становятся важным источником получения знаний. Дистанционное обучение способствует выработке индивидуального подхода к обучению, мотивации, активности, самостоятельности обучаемого.

Важной составляющей учебного процесса является организация олимпиад физиологических знаний «Компьютерный

Репозиторий ГрГМУ

марафон». Дистанционный отборочный тур олимпиады проводится через Web-страницу нашего университета. В течение отборочного тура студентам за пять минут необходимо правильно ответить на максимально возможное количество тестовых вопросов. Тестирование автоматически прекращается после окончания отведённого времени. Результат определяется в процентах как соотношение количества правильно отвеченных вопросов к общему количеству тестовых вопросов. Максимальный результат составил 100 процентов, который продемонстрировали в 2012 году 5 студентов. Соответственно, в дистанционном тестировании в 2012 году приняли участие 150 студентов. По результатам дистанционного отборочного тура лучшие студенты, набравшие наибольшее количество процентов (90% и более), участвуют в заключительном этапе олимпиады в компьютерном классе кафедры.

Таким образом, постоянный поиск новых форм обучения, отвечающих современным тенденциям в образовании, при бережном отношении к классическим методам преподавания, позволяет развивать и совершенствовать изучение физиологической дисциплины, обеспечит создание хорошей основы для усвоения предмета, а в конечном итоге улучшит процесс подготовки квалифицированных специалистов для лечебных учреждений.

Литература

1. Зинчук, В.В. Инновационные подходы в преподавании фундаментальных дисциплин на медико-диагностическом факультете, отделении «сестринское дело» на примере кафедры нормальной физиологии ГрГМУ / В.В. Зинчук, О.А. Балбатун, Ю.М. Емельянчик // Медицинские знания. – 2010. - № 5. – С. 64-67.

2. Зинчук, В.В. Место физиологической дисциплины в системе высшего образования (на примере Гродненского государственного медицинского университета) / В.В. Зинчук, О.А. Балбатун, Ю.М. Емельянчик, Л.В. Дорохина, С.Д. Орехов // Журнал ГрГМУ. – 2009. - № 2. – С. 5-8.

3. Зинчук, В.В. Гуманизация преподавания физиологии при обучении специалистов медико-биологического профиля / В.В. Зинчук, О.А. Балбатун // Экологические, правовые и медицинские аспекты биоэтики и биобезопасности: сб. науч. ст. - Гродно, 2011. - С. 143-148

4. Зинчук, В.В. Дистанционное обучение - миф или реальность / В.В. Зинчук, С.В. Глуткин, В.О. Лепеев, О.А. Балбатун // Использование информационных образовательных технологий и электронных средств обучения в вузе: материалы науч.-метод. конф. – Гродно : ГрГМУ, 2011. - С. 65-67.

Репозиторий ГрГМУ

ОСОБЕННОСТЬ ЗРЕНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДЕВУШЕК

Емельянчик Ю.М., Любарская С.И., Котловская И.О.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Конституционально зависимые признаки и особенности индивидуального стиля жизнедеятельности, поведения, любых видов деятельности в связи с принадлежностью к определенной частной конституции, должны использоваться в медицине с профилактической целью. Логика развития учения о конституции должна заключаться в уточнении диагностической значимости отдельных антропологических признаков и их связь с функциональными особенностями организма. При этом следует искать онтогенетическую общность рассматриваемых признаков, не ограничивая себя лишь представлениями о механизмах сопряженного наследования [1]. Заслуживает, несомненно, осмысления наметившаяся в последние годы конституционализация медицинских исследований [2]. По неполным данным эта тенденция проявилась в гастроэнтерологии, гематологии, кардио-ангиологии, артрологии и других областях клинической медицины [3]. В связи с этим, а также учитывая то, что за последние годы значительно возросло число лиц со сниженной остротой зрения, особенно среди лиц молодого возраста, актуальным является исследование патологии зрения в конституциональном аспекте, особенно остроты зрения и полей зрения.

Цель исследования – провести оценку зрения у различных типов конституции среди девушек Гродненского медуниверситета.

Работа выполнена путём обследования 110 девушек-добровольцев, в возрасте 19-22 лет, которые являлись студентками Гродненского медуниверситета, с использованием антропометрического метода: кроме того, у них определялась острота зрения при помощи таблицы Сивцева и поля зрения посредством периметра Форстера.

Определение остроты зрения проводили с помощью таблицы Головина-Сивцева, в которой имеется 12 рядов, в каждом ряду размеры букв одинаковы. Величина букв в каждом

Репозиторий ГрГМУ

ряду уменьшается сверху вниз. Слева возле каждого ряда указано расстояние, с которого нормальный глаз различает буквы данной строки, справа указана относительная острота зрения. Таблица хорошо освещалась. Для этого ее помещали в аппарат Рота. 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.

Поле зрения исследовали при помощи периметра Форстера поочередно для каждого глаза. Причём для оценки полей зрения нами использовались два основных меридиана: горизонтальный (кнаружи, кнутри) и вертикальный (кверху, книзу). Испытуемого помещали в светлой комнате спиной к окну. Один глаз закрывали монокулярной повязкой, подбородок устанавливают на подставку периметра. Исследуемым глазом студент неподвижно фиксировал белую точку в центре дуги периметра, при этом исследователь становился напротив испытуемого и следил за тем, чтобы он во время исследования, не отрываясь, смотрел в центр дуги периметра. Для определения границ поля зрения на белый цвет белый объект диаметром 5 мм медленно передвигали от периферии к центру до тех пор, пока юноша, продолжая фиксировать центральную точку, не увидит белого объекта, о чем он сообщал ударом карандаша по столу. Деление дуги, на котором больной заметил белый объект, соответствует границе поля зрения. Полученные данные наносили на специальную схему.

Тип конституции устанавливался с использованием методики Н.А. Усоевой [4], согласно которой устанавливалось три основных типа конституции: нормостенический, гиперстенический и астенический. Для этого использовались стандартные квадратические отклонения от средних, а разделительным порогом считали границы интервала ± 1 δ. В дальнейшем измерялись семь антропометрических параметров: длина тела, ширина плеч, поперечный размер грудной клетки, передне-задний размер грудной клетки, ширина таза, обхват

Репозиторий ГрГМУ

запястья и обхват лодыжек. Затем в процентах рассчитывался поперёчно-ростовой индекс путём деления суммы трех поперечных размеров (ширины плеч, грудной клетки и таза) на длину тела. Лиц с преобладанием продольных размеров (с показателями меньше М-δ) относили к астеническому, а с преобладание поперечных размеров (больше М+δ) к гиперстеническому типам. Девушки, которые не вошли не в одно из вышеуказанных групп (у которых показатель поперёчно-ростового индекса занимал промежуточное значение) отнесены к нормостеническому типу.

В результате проведенного исследования было установлено, что большая половина исследуемых принадлежала к нормостеническому типу конституции: нормостеники – 71% (78 человек) от количества обследованных, гиперстеники – 17% (19 человек) и астеники – 12% (13 человек). Нормостенический тип конституции самый многочисленный, в связи с этим у данного типа было выявлено самое большое количество случаев понижения остроты зрения – 20 человек, что составило 54% от общего количества людей со сниженной остротой, у гиперстеников – 9 человек (24%) и астеников – 8 человек (22%). При детальном исследовании каждого из типов конституции было выявлено в процентном отношении следующее количество людей с патологией зрения: среди нормостеников – 25%, гиперстеников – 47% и астеников – 58%.

Поле зрения для белого цвета у студентов девушек нормостенического типа телосложения составило: с латеральной стороны для правого глаза 84°, а для левого 86°; с медиальной стороны для правого глаза 58°, а для левого 63°; с нижней стороны для правого глаза 52°, а для левого 50° и верхней стороны для правого глаза 63°, а для левого 65°. У гиперстеников границы поля зрения были следующие: с латеральной стороны для правого глаза 86°, а для левого 88°, с медиальной стороны для правого глаза 62°, а для левого 58°, с нижней стороны для правого глаза 50°, а для левого 52° и верхней стороны для правого глаза 55°, а для левого 53°. Поле зрения астеников также имело другие характеристики: с латеральной стороны для правого глаза 88°, а для левого 87°; с медиальной стороны для

Репозиторий ГрГМУ

правого глаза 51°, а для левого 49°; с нижней стороны для правого глаза 58°, а для левого 60° и верхней стороны для правого глаза 54°, а для левого 55°.

Таким образом, при соматотипировании студенток-девушек Гродненского медуниверситета установлено преобладание нормостенического типа конституции. Гиперстенический и астенический тип встречались гораздо реже. Большая половина исследуемых с ухудшением зрения принадлежала 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 девушек Гродненского медуниверситета доминировал нормостенический тип конституции (71%). 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 астеников (58%) и гиперстеников (47%), а самый маленький-среди нормостеников (25%). Причём у нормостеников и гиперстеников среди регистрируемых видов патологий доминировала миопия, а у астеников – гиперметропия.

При анализе поля зрения у нормостеников выявлено, с одной стороны, выраженное уменьшение полей зрения по вертикальному меридиану снизу, а с другой стороны, увеличение полей зрения по этому же меридиану вверху, а по горизонтальному меридиану достоверного снижения полей зрения не наблюдалось, более того медиально для левого глаза отмечено даже некоторое увеличение поля зрения. У гиперстеников отмечено также уменьшение полей зрения по вертикальному меридиану снизу, а по горизонтальному меридиану достоверного снижения полей зрения также не выявлено. У астеников выявлено уменьшение полей зрения по горизонтальному меридиану медиально, а по вертикальному меридиану достоверного снижения полей зрения не установлено. На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что у нормостеников поля зрения не уменьшены, а лишь смещены по вертикальному меридиану к верху, а у гиперстеников и астеников

Репозиторий ГрГМУ

поля зрения уменьшены, причём у гиперстеников снизу, а у астеников медиально.

Литература

1. Година, Е.З. Некоторые тенденции роста и соматического развития московских школьников за последние 20 лет. / Е.З. Година, Н.Н. Миклашевская, В.С. Соловьева // Вопросы антропологии - Москва, 1987, № 78, - С. 82-88.
2. Чтецов, В.П. Конституция человека. Современное учение и перспективы развития / В.П. Чтецов // Антропология 70-х годов: матер, симп. - М., 1972. - С. 24-48.
3. Николаев, В.Г. Актуальные вопросы интегративной антропологии / В.Г. Николаев// Российские морфологические ведомости. М., 2001. - №1-2. - С. 219-221.
4. Усоева, Н. Соматотипирование девочек подросткового и юношеского возраста при помощи ЭВМ / Н. Усоева, С. Усоев // Онтогенез человека в норме и патологии: Тез. докл.конф. научн. об-ва морфол. Литовской Республики. - Каунас, 1990. - С. 106-107.

ВИРУСЫ СЕМЕЙСТВА HERPESVIRIDAE И PAPOVAVIRIDAE В СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Ермак С.Ю., Ляликов С.А., Зубрицкий М.Г.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к «омоложению» гастроэнтерологической патологии, склонность к хроническому рецидивирующему течению и раннему развитию осложнений [2]. Установлено, что в развитии хронических воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), наряду с основным этиологическим фактором – Helicobacter pylori (H. pylori), принимают участие вирусы семейства Herpesviridae: вирус простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов, вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирусы герпеса 6, 7 и 8 типов, а так же вирус папилломы человека (ВПЧ) [1]. В связи с этим, представляет большой интерес дальнейшее изучение инфицированности вирусами слизистых оболочек ЖКТ у детей.

Цель исследования - выявить частоту встречаемости вирусов простого герпеса 1, 2, 4, 5 типов, ВПЧ и H. pylori в слизистой желудка и 12-перстной кишки у детей с хроническим гастродуоденитом.

Материалы и методы. На базе Гродненской областной детской клинической больницы обследовано 64 ребёнка (44

Репозиторий ГрГМУ

девочки и 20 мальчиков) с хроническим гастродуоденитом в возрасте от 9 до 17 лет, медиана (Me) – 13 лет, нижняя квартиль (Q25) – 11 лет, верхняя квартиль (Q75) – 15 лет.

Всем больным выполнена фиброгастродуоденоскопия на аппарате «Olympus» (Япония) типа Gif P 30 по традиционной методике. В ходе эндоскопического исследования проводили прицельную биопсию слизистой оболочки антрального отдела, тела желудка и 12-перстной кишки.

Стрептавидин – биотиновым методом в парафиновых срезах биоптатов с помощью поликлональных кроличьих антител выявляли антигены ВПГ-1, ВПГ-2, с использованием моноклональных мышиных антител («Dako», Дания) – антигены ВЭБ, ЦМВ и ВПЧ. Степень экспрессии антигенов вирусов оценивали полуколичественно – слабая, умеренная и выраженная.

Для диагностики H. pylori использовался гистологический метод с окраской по Романовскому-Гимзе.

Полученные данные обработаны статистически при помощи программы STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение. У 36 (56,3%) детей в слизистых исследуемых отделов были обнаружены вирусные антигены. Из них ВПГ-1 был диагностирован у 27 (42,2%), ВПГ-2 – у 22 (34,4%), ВЭБ – у (18,7%), ВПЧ – у 17 (23,4%) пациентов. Антигены ЦМВ обнаружены у 3 (4,7%) обследованных, что достоверно реже, чем частота выявления ВПГ-1, ВПГ-2, ВПЧ и ВЭБ ($p<0,05$ во всех случаях сравнений). H.pylori был диагностирован у 33 (51,6%) обследованных.

В слизистых оболочках преобладала слабая и умеренная степень экспрессии вирусных антигенов (таблица 1). Не было установлено значимых различий в частоте обнаружения вирусных антигенов в различных отделах ЖКТ (тело, антральный отдел желудка, 12-перстная кишка) ($p>0,05$).

При анализе сочетания изученных инфекций выявлено, что H. pylori в качестве единственного инфекционного агента встречался у 14 (21,8%) детей. В 19 (29,7%) случаях обнаружено микст–инфицирование слизистой желудка и 12-перстной кишки бактериальной инфекцией и вирусами. В качестве моно

Репозиторий ГрГМУ

инфекции вирусы встречались у 17 (26,6%) обследованных. У 14 (21,8%) детей в слизистой желудка и 12-перстной кишки не было обнаружено анализируемых инфекционных агентов.

Установлена высокая частота сочетания вирусных инфекций в исследуемых отделах. У 10 (15,6%) детей обнаружены антигены только одного из определяемых вирусов, тогда как два и более – у 26 (40,6%) пациентов ($p<0,01$).

Таблица 1 – Степень экспрессии антигенов вирусов в слизистой антрального отдела, тела желудка и 12-перстной кишки

Вирусы	Отдел	Степень экспрессии антигенов					
		слабая		умеренная		выраженная	
		n	%	n	%	n	%
ВПГ-1	тело	12	52,2	11	47,8	0	0
	антрум	10	43,5	10	43,5	3	13,0
	12-пк	8	32,0	10	40,0	7	28,0
ВПГ-2	тело	10	52,6	7	36,8	2	10,6
	антрум	13	81,2	3	18,8	0	0
	12-пк	11	61,1	6	33,3	1	5,6
ВЭБ	тело	7	77,8	2	22,2	0	0
	антрум	6	60,0	4	40,0	0	0
	12-пк	9	81,2	2	18,2	0	0
ВПЧ	тело	8	57,1	6	42,9	0	0
	антрум	4	40,0	6	60,0	0	0
	12-пк	7	53,8	4	30,8	2	15,4
ЦМВ	тело	0	0	1	100	0	0
	антрум	2	66,7	1	33,3	0	0
	12-пк	2	66,7	1	33,3	0	0

Выводы. У 56,3% обследованных детей, выявлено вирусное инфицирование слизистых оболочек желудка и 12-перстной кишки с преобладанием слабой и умеренной степени экспрессии вирусных антигенов.

Обсеменение H. pylori диагностировано у 51,6% детей. При этом в 29,7% случаях установлено бактериально−вирусное инфицирование слизистых оболочек.

Полученные данные указывают на значимую роль вирусов в этиологии хронического гастродуоденита у детей.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Новикова, В.П. Герпетические инфекции при хроническом гастрите у лиц разного возраста / В.П. Новикова, О. А. Аксенов, Р. А. Насыров, [и др.] // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2006. – №2. – С. 117–120.

2. Практическое руководство по детским болезням: в 14 томах / под общ. ред. В.Ф. Коколиной – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. – Т. 2: Гастроэнтерология детского возраста / С.В. Бельмер [и др.]. - С. 10.

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА НА СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Есис Е.Л.[1]*, Наумов И.А.*[1]*, Бут-Гусаим Л.С.*[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»[2]

Актуальность. Антропогенная нагрузка в городской среде в совокупности с производственными факторами способствует снижению функциональных резервов организма человека [1]. Поэтому в настоящее время всё большее значение наряду с изучением заболеваемости работников, приобретает оценка влияния специальных показателей: условий жизни, условий труда, показателей удовлетворённости состоянием своего здоровья и организацией системы здравоохранения.

Цель исследования - оценить влияние факторов химического производства на состояние репродуктивного здоровья женщин.

Методы исследования. Для выявления наиболее значимых факторов риска патологии репродуктивной сферы было проведено социологическое исследование методом анкетного опроса по специально составленной программе, охватывающей 59 индивидуальных медико-социальных характеристик. Изучено здоровьесберегающее и репродуктивное поведение, медико-санитарная грамотность в вопросах планирования семьи.

Основную группу обследуемых составили 285 женщин-работниц ОАО «Гродно Азот» в возрасте 34,14±2,42 года. В контрольную группу вошли 300 женщин фертильного возраста, постоянно проживающих в г. Гродно, но не контактировавших с производственными вредностями химической природы. Средний возраст пациенток данной группы составил 32,73±2,37 лет.

Репозиторий ГГМУ

Установлено, что обе группы пациенток были сопоставимы по длительности стажа профессиональной деятельности: 8,62±1,56 лет в группе работниц ОАО «Гродно Азот» и 8,74±2,72 года в группе контроля.

Результаты и их обсуждение. Влияние неблагоприятных факторов производственной среды выявлено в отношении репродуктивного здоровья женщин-работниц химического производства. В результате проведенного исследования установлены достоверные различия ($p<0,05$) в субъективных оценках неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса: 12-ти часовой режим работы с ночными сменами (100% женщин основной группы и 14,73±2,73% женщин группы контроля); физические нагрузки – 74,16±4,34% и 43,18±3,54% соответственно ($p<0,05$); работа в вынужденной позе – 62,26±5,76% и 44,56±3,24% соответственно ($p<0,05$); превышение «стандарта нагрузки» – 87,19±4,69% у работниц химического производства и 43,56±3,97% в контрольной группе ($p<0,05$); производственный шум – 94,28±5,13% и 24,72±4,19% соответственно ($p<0,05$); вибрация – 58,67±6,78% и 9,15±1,89 соответственно ($p<0,05$).

При изучении частоты и нозологической структуры перенесенных гинекологических заболеваний достоверные различия ($p<0,05$) были получены по следующим их формам: фоновая патология шейки матки (эрозии шейки матки) – 58,54±4,76% у работниц основной группы (контроль – 48,22±3,61%; $p<0,05$); неспецифические вульвовагиниты – 56,74±4,78% (контроль – 48,31±3,17%; $p<0,05$); хронический сальпингоофорит – 32,62±2,58% (контроль – 23,67±2,41%; $p<0,05$); нарушения менструального цикла – 14,56±2,21% (контроль – 8,62±2,04%; $p<0,05$); миома матки – 34,23±2,87% (контроль – 8,32±1,85%; $p<0,05$). Несмотря на это, женщины-работницы химического производства (среди не состоявших на диспансерном учете по беременности) преимущественно посещали врача поликлиники только с целью прохождения периодического профилактического осмотра – 97,17±2,19% пациенток основной группы (контроль – 62,26±3,27%; $p<0,05$).

При изучении акушерского анамнеза установлено, что число самопроизвольных выкидышей у работниц химического

Репозиторий ГрГМУ

производства было в 1,5 раза выше, чем в контрольной группе – 7,02±0,19% и 4,14±0,10% соответственно ($p<0,05$). Кроме того, в основной группе показатель преждевременных родов составил 6,09±0,20% (контроль – 3,06±0,09%; $p<0,05$).

Выводы. Субъективная оценка влияния факторов химического производства на состояние репродуктивного здоровья женщин свидетельствует о значимом негативном воздействии на него условий профессиональной деятельности.

Литература

1. О демографической безопасности Республики Беларусь: Закон Респ. Беларусь от 04.01.2002 г. № 80-з // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2006.

2. Айламазян, Э.К. Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин в условиях экологического кризиса / Э.К. Айламазян // Мед. акад. журн. – 2005. – Т. 5, № 2. – С. 47–58.

3. Анализ комплексного воздействия неблагоприятных эколого-профессиональных факторов на репродуктивное здоровье женщин / В.Ф. Беженарь [и др.] // Журн. акуш. и жен. болезней. – 2003. – Т. 52. – С. 35–45.

4. Решетников, А.В. Процессное управление в социальной сфере / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2001. – 503 с.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕПРОДУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Есис Е.Л., Кулеша З.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Нарушение состояния репродуктивной системы человека и здоровья новорожденного ребенка признается одним из интегральных показателей санитарно-эпидемиологического неблагополучия территории и отражает степень агрессивности окружающей, в том числе производственной, среды [1, 2]. При этом недостаточность научно-методического и критериального обоснования гигиенической оценки риска нарушений репродуктивного здоровья женщин, работающих в условиях хронического воздействия химических факторов, а также необходимость совершенствования комплекса профилактических мероприятий

Репозиторий ГрГМУ

обусловили актуальность и определили цель исследования.

Цель исследования: обоснование комплекса профилактических мероприятий по снижению риска развития репродуктивной патологии у женщин, работающих на химическом производстве, на основе гигиенического анализа ведущих факторов риска.

Методы исследования. Для решения поставленных в работе задач использован комплекс санитарно-гигиенических, медико-социологических методов исследования.

С целью анализа влияния факторов производственной среды на состояние репродуктивного здоровья женщин нами были обследованы работницы ОАО «Гродно Азот». Предметом оценки являлись условия труда, базы данных по заболеваемости, анкеты медико-социологического исследования. Для гигиенической оценки условий труда женщин, работающих на химическом производстве, было проведено изучение содержания токсических веществ в воздухе рабочей зоны, определены параметры воздействия физических факторов, а также показатели тяжести и напряжённости трудового процесса.

Оценка состояния здоровья работниц проводилась по анализу заболеваемости с временной нетрудоспособностью за 2010-2012 гг., а также по результатам периодических медицинских осмотров.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что основными химическими вредностями цехов являются пары аммиака, бензола, метанола, гидроксида натрия, азотной и уксусной кислот, капролактама. Показателями трудового процесса на производстве также являются физическая динамическая нагрузка, в том числе подъём и перемещение груза, стереотипные движения, статическая нагрузка, рабочая поза, наклоны корпуса, перемещение в пространстве, интенсивный шум и вибрация. По интегральной оценке в соответствии с СанПиН № 13-2-2007 «Гигиеническая классификация условий труда» условия труда женщин-аппаратчиц и машинисток производственных цехов отнесены к классам 3.2 и 3.3 (вредные условия труда второй и третьей степеней).

При этом выявлено, что с 2010 г. по 2012 г. наблюдалось увеличение числа случаев и дней нетрудоспособности, связанных

Репозиторий ГрГМУ

с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями: по числу случаев нетрудоспособности в 2010-2011 гг. установлено увеличение показателей на 216,7%, по числу дней на 96,9%. Отмечен также рост числа случаев и дней нетрудоспособности осложнений, связанных с беременностью, в том числе с самопроизвольными абортами на 12,47% и 46,8% соответственно. По строке «другие болезни женских половых органов» число дней нетрудоспособности за 2011-2012 гг. увеличилось на 206,82%, число случаев - на 71,87%.

В связи с этим нами был разработан комплекс санитарно-гигиенических, социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья работниц.

Выводы. Внедрение данного комплекса позволит достичь улучшения состояния репродуктивного здоровья женщин, работающих на химическом производстве.

Литература

1. Айламазян, Э.К. Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин в условиях экологического кризиса / Э.К. Айламазян // Мед. акад. журн. – 2005. – Т. 5, № 2. – С. 47–58.

2. Сивочалова, О.В. Риск нарушений репродуктивного здоровья женщин при воздействии вредных факторов / О.В. Сивочалова // Жур. акуш. и жен. болезней. – 2005. – Т. 55, № 1. – С. 42–51.

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Жандаров К.Н., Белюк К.С., Вихарев А.А., Спиридович О.А., Коцур Т.В.,

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. В связи с ростом частоты осложненных форм хронического панкреатита, а также анатомической общностью выводных протоков печени и поджелудочной железы наблюдается рост сочетанных заболеваний, а именно хронического панкреатита осложненного протяженной стриктурой терминального отдела холедоха и механической

Репозиторий ГрГМУ

желтухой [1, 2, 3]. Поэтому возникает необходимость разработки наиболее эффективных способов лечения данной патологии.

Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения пациентов с гипертензионно-протоковым типом хронического панкреатита осложненного протяженным стенозом интрапанкреатической части общего желчного протока (ОЖП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 12 пациентов с хроническим рецидивирующим панкреатитом (гипертензионно-протоковый тип) в сочетании с протяженной структурой интрапанкреатической части ОЖП. Возраст пациентов составил 47±3 года. Распределение по полу: 10 мужчин, 2 женщины. При поступлении в стационар пациенты проходили общеклинические и специальные методы обследования, включающие выполнение МРТ органов брюшной полости. По данным МРТ расширение главного панкреатического протока имело место у всех пациентов и составило 7,4±2 мм (min 5 мм; max 10 мм). У 76% пациентов было отмечено наличие кистозных образований в области головки поджелудочной железы. Кроме того, у 100% пациентов было установлено наличие протяженного стеноза интрапанкреатической части ОЖП с престенотическим расширением холедоха до 15±1,5 мм.

Всем пациентам было выполнено оперативное вмешательство по разработанной в клинике методике (патент РБ № 15800 от 16.06.2009).

Под общим обезболиванием выполнялась верхнесрединная лапаротомия. Доступ к поджелудочной железе осуществлялся через желудочно-ободочную связку. Производилась субтотальная клиновидная резекция головки поджелудочной железы, продольная вирсунготомия длинной до 6-12 см и клиновидная резекция тела и хвоста поджелудочной железы.

Вторым этапом выполнялась холецистэктомия. Через культю пузырного протока производилась ревизия желчевыводящих протоков для установления уровня начала стеноза интрапакреатической части ОЖП.

В последующем на металлическом зонду Долиотти, введенном через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие, в престенотической части ОЖП

Репозиторий ГрГМУ

выполнялось вскрытие холедоха в просвет полости, образованной после субтотальной клиновидной резекции головки поджелудочной железы с продлением разреза вверх до 1,0-1,5 см для формирования адекватного оттока желчи. При необходимости накладывались швы из рассасывающегося материала (дексон 3\0) на атравматической игле для герметизации наложенного холедохопанкреатического сообщения от забрюшинной клетчатки.

В последующем через культю пузырного протока вводился дренаж (типа Холстеда-Пиковского) и выводился через сформированное нами холедохопанкреатическое соустье во вскрытый панкреатический проток. Фиксировался дренаж наложением лигатуры из рассасывающегося шовного материала (короткого срока) на культю пузырного протока. После контроля гемостаза приступали к следующему этапу операции, которым является наложение изоперистальтического продольного панкреатоеюноанастомоза на выключенной из пищеварения по методике РУ петле тощей кишки длиной 30-40 см. Брюшную полость ушивали наглухо и дренировали несколькими дренажами - по правому и левому боковым каналам и малый таз.

Результаты. Осложнений и летальных исходов не было. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Рецидива болевого синдрома и желтухи не выявлено. Все пациенты вернулись к прежней работе при сроке наблюдения 2-5 лет после операции.

Выводы. Предложенный метод обладает рядом преимуществ:

1. Не требуется 2 изолированные петли тонкой кишки для формирования раздельных панкреатоеюноанастомоза и холедохоеюноанастомоза.

2. Осуществляется декомпрессия как протоковой системы поджелудочной железы, так и желчевыводящих протоков.

3. Уменьшается время оперативного вмешательства, за счет более быстрого наложения холедохопанкреатического сообщения.

4. Данный способ может быть осуществлен при холангите с инфильтративно-воспалительными изменениями стенки общего желчного протока и при любом его диаметре.

Репозиторий ГрГМУ

Таким образом, использование данного метода значительно улучшает результаты лечения данной патологии.

Литература

1. Альперович, Б.И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б.И. Альперович, В.Ф. Цхай, Г.Н. Хабас // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т.5, № 1. - С. 70-76.

2. Данилов, М.В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров М.: Медицина, 1995. - 512 с.

3. Кудряшова, И В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни (учебно-методические рекомендации) / И.В. Кудряшова. - Смоленск, 2003. - 23 с.

ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ ХОЛЕДОХОТОМИЧЕСКОГО ОТВЕРСТИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПРОФИЛАКТИКОЙ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Белюк К.С., Вихарев А.А., Олехнович П.З., Кравец Е.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. До сих пор на страницах медицинской печати остается спорным вопрос о варианте завершения холедохотомии. «Глухой» шов общего желчного протока (ОЖП) применяется редко, что связано с угрозой его несостоятельности ввиду роста внутрипротокового давления в раннем послеоперационном периоде, и, как следствие, желчеистечения с развитием желчного перитонита [1, 2, 3].

Цель исследования: - купировать билиарную гипертензию, возникающую при оперативных вмешательствах на ОЖП и большом дуоденальном сосочке в раннем послеоперационном периоде и завершить холедохотомию «глухим» прецизионным швом (ГПШ) без риска его несостоятельности.

Материалы и методы. В 2008 году нами разработан и внедрен в клиническую практику скрытый самоудаляющийся дренаж (патент на полезную модель № 5406, от 29.12.2008; инструкция по применению № 032-0411 от 24.06.11) для транспапиллярного дренирования ОЖП.

Транспапиллярное дренирование ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажом с ушиванием холедохотомического

Репозиторий ГрГМУ

отверстия ГПШ с успехом применено у 15 пациентов, которым по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка и механической желтухой, были выполнены открытые операции с применением холецистэктомии, холедохолитотомии и трасдуоденальной папиллосфинктеротомии. Показанием к данному виду завершения холедохотомии явилась полная уверенность в восстановлении проходимости желчевыводящей системы и отсутствии явлений гнойного холангита.

Открытые оперативные вмешательства у данных пациентов выполнялись при невозможности или предполагаемой неудаче ликвидации холедохолитиаза с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Адекватность коррекции желчной гипертензии в послеоперационном периоде скрытым самоудаляющимся дренажом изучалась с помощью динамического УЗИ исследования билиарной системы и контроля уровня билирубина крови в послеоперационном периоде.

Результаты. В результате динамического УЗИ исследования билиарной системы было установлено, что в послеоперационном периоде уже на 2 сутки средний диаметр ОЖП составил: медиана 6, квартили 5-6 мм; в то время как средний диаметр холедоха до операции составлял: медиана 13, квартили 10-15 мм (критерий Уилкоксона, $p<0,05$).

Нормализация уровня общего билирубина крови с 33,2 мкмоль/л (медиана) до 16,5 мкмоль/л (медиана) наблюдалась уже к 2 суткам после операции (критерий Уилкоксона, $p<0,05$). Данные динамического УЗИ исследования билиарной системы и результаты динамики снижения общего билирубина крови свидетельствовали об адекватной коррекции билиарной гипертензии с помощью скрытого самоудаляющегося дренажа.

На 6-10 сутки дренаж самостоятельно отходил в просвет двенадцатиперстной кишки и не требовал специального извлечения. Отхождение дренажа подтверждено контрольными УЗИ, ФГДС и МРТ исследованиями.

У всех пациентов осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Больные были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии на 9-10 сутки.

Репозиторий ГрГМУ

По нашим расчетам экономия материальных затрат на послеоперационное стационарное лечение составила 415 у.е. на одном пациенте по сравнению с наружным дренированием ОЖП

Выводы. Использование скрытого самоудаляющегося дренажа общего желчного протока позволяет завершить холедохотомию малотравматичным ГПШ без риска его несостоятельности, устранить недостатки, свойственные наружному дренированию, существенно сократить продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре и материальные затраты на лечение.

Литература

1. Пауткин, Ю.Ф. Хирургия желчных путей / Ю.Ф. Пауткин, А.Е. Климов. – Москва: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007. – 368 с.

2. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов [и др.]. – Киев: Здоровье – 1993. – 512 с.

3. Эндоскопическая хирургии желчнокаменной болезни / П.В. Гарелик [и др.]. – Москва: БИНОМ – 2010. – 472 с.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Белюк К.С., Кухта А.В., Карпович В.Е.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В связи с неуклонным ростом частоты осложненных форм хронического панкреатита возникает необходимость улучшения и разработки наиболее эффективных способов лечения данной патологии [1, 2].

Цель работы: показать возможность и необходимость проведения коррекции панкреатической гипертензии во время органосохраняющих операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите и его осложнениях.

Материалы и методы. В хирургической клинике УЗ «ГОКБ» за период 2002-2012 гг. находилось на лечении 211 больных, подвергшихся оперативным вмешательствам, с патологией протоков (71), поджелудочной железы (вирсунголитиазом (29), склерополикистозом (22), кальцинозом

Репозиторий ГрГМУ

(19), кистами (126) и свищами (14) ПЖ.

С целью профилактики в отдаленном послеоперационном периоде хронической панкреатической гипертензии выполняли при вирсунголитиазе, склерополикистозе и кальцинозе головки ПЖ интрапаренхиматозную субтотальную или клиновидную (по типу операции Frey) резекцию головки ПЖ с наложением продольного панкреатоеюноанастомоза по Ру (54). При расположении кист в отдалении от ПЖ, на одной петле по Ру формировали панкреатоцистоеюноанастомоз и продольный панкреатоеюноанастомоз (6), или же для наложения 2-х анастомозов формировали 2 петли по Ру (4).

При кистах ПЖ, расположенных по задней или боковым поверхностям ПЖ, выполняли панкреатоцисто-вирсунгоеюностомию (анастомоз кисты с протоком через ткань ПЖ, а затем производили продольную панкреатоеюностомию по Ру (21) по разработанной в клинике методике. При этом не отмечено несостоятельности или подтекания панкреатического сока мимо наложенного панкреатоцистовирсунгового соустья.

При свищах ПЖ (13) выполняли: срединную резекцию ПЖ с наложением дистального панкреатоеюноанастомоза для профилактики в последующем ХПГ в оставшейся дистальной части поджелудочной железы (6), дистальную резекцию (5) и гемипанкреатэктомию (2). При наличии желчной гипертензии из-за патологии в головке ПЖ выполняли: холедохопанкреатоеюноанастомоз по разработанной в клинике методике, холедохоеюно- и панкреатоеюноанастомоз на одной петле по Ру (8). При формировании холедохопанкреатического анастомоза не отмечено подтекания желчи или панкреатического сока через холедохопанкреатическое соустье. При наличии кист без явлений ХПГ или их осложнениях выполняли: программированную лапароскопическую санацию (ПЛС-28) по разработанной в клинике методике, пункции под контролем УЗИ (34), наружное дренирование выполняли только при осложнениях (12), панкреатоцистоеюностомию по Ру (16).

Результаты и обсуждение. При выполнении оперативных вмешательств без учета оттока панкреатического секрета в ДПК, отмечено в раннем послеоперационном периоде образование панкреатических свищей из-за недооценки имеющейся ХПГ (21),

Репозиторий ГрГМУ

что потребовало в дальнейшем проведение повторных оперативных вмешательств направленных на коррекцию ХПГ (13). В случаях сочетания желчной и панкреатической гипертензии обязательно с профилактической целью осуществляли дренирование холедохо- и панкреатроеюноанастомозов наружу через желчевыводящие пути (по типу Холстеда-Пиковского - 11) и через У-образную петлю (по типу подвесной еюностомы - 5). В конце операции обязательно всегда осуществляли дренирование области панкреатоеюноанастомоза по верхнему краю поджелудочной железы и дренирование малого таза (89). В послеоперационном периоде отмечено 3 несостоятельности панкреатоеюноанастомоза, и благодаря его дренированию не потребовалось повторного оперативного вмешательства.

Выводы. Таким образом, применение описанного комплекса профилактических мероприятий при проведении органосохраняющих операций и экономных резекций поджелудочной железы позволило значительно улучшить результаты лечения и снизить послеоперационную летальность за счет снижения количества осложнений.

Литература

1. Альперович, Б.И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б.И. Альперович, В.Ф. Цхай, Г.Н. Хабас // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - Т. 5, № 1. - С. 70-76.

2. Кудряшова, И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни (учебно-методические рекомендации) / И.В. Кудряшова. - Смоленск, 2003. - 23 с.

ОСОБЕНОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Жемойтяк В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В подавляющем большинстве стран регистрируется стабильное увеличение частоты сахарного диабета 1 типа (СД 1). Он может манифестировать в любом возрасте, но наиболее часто – у детей и подростков. Знания о сахарном диабете постоянно изменяются, накапливаются и совершенствуются. Несмотря на

Репозиторий ГрГМУ

появление новых возможностей в лечении этого сложного заболевания, важнейшим является его профилактика.

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. Предполагают, что инициация аутоиммунного процесса при СД1 происходит в перинатальном периоде.

Целью исследования явилось выявление факторов, которые могут быть как триггерами, так и факторами, способствующими манифестации СД 1 у детей.

Материал и методы. Методом анкетирования опрошены семьи 54 детей, страдающих СД 1 и проживающих в г. Гродно. Из них 30 мальчиков и 24 девочки.

В настоящее время определены некоторые наиболее вероятные факторы, принимающие участие в запуске процессов разрушения островковых клеток (вирусные инфекции, коровье молоко и химические вещества, вызывающие деструкцию ß – клеток путем генерации свободных радикалов).

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, составило 40%.

По данным литературы наблюдаются два возрастных «всплеска» заболеваемости СД у детей – в преддошкольный период

Репозиторий ГрГМУ

и пубертат. По возрастам обследованные дети распределились следующим образом: детей в периоде новорожденности и в грудном возрасте с СД1 среди опрошенных не было; в преддошкольном возрасте было 16 (29,6%) человек, из них мальчики и девочки в равных количествах; в дошкольном – 18 человек (33,3%), при этом отмечалось значительное превалирование мальчиков в этой возрастной группе - 14 мальчиков и лишь 4 девочки (77,8% и 22,2% соответственно). В старшем школьном возрасте - 20 человек (37%), имелось незначительно превалирование девочек (60% и 40% соответственно).

Анализ частоты реакции на прививки у детей с СД 1 показал, что 22% детей имели осложнения, обычно в виде гипертермии.

Аллергические реакции в анамнезе выявлены у 30,8% обследованных.

33% всех опрошенных (каждый третий пациент с СД) перенесли аденоидэктомии в дошкольном возрасте.

В большинстве стран СД имеет сезонный характер манифестации, что связывают с повышенной частотой инфекционных заболеваний и/или с дефицитом витамина Д3 в холодное время года. Наибольшая частота случаев вновь выявленного диабета, по данным литературы, наблюдается в осенне-зимний период. Анализ результатов анкетирования показал всплеск манифестации СД 1 в августе и пик в декабре.

Ни один из опрошенных детей с СД1 типа не относился к часто болеющим детям. Большинство родителей пациентов для «укрепления здоровья» регулярно давали им витамины. При этом было выяснено, что, если поливитаминные препараты получали 77,8% детей, заболевших СД1, витамин С накануне манифестации диабета не получал лишь один ребенок.

Известно, что аскорбиновая кислота активирует синтез антител. При приеме её в высоких дозах без интенсивного её расходования (т.е. при отсутствии острых инфекционных, гипоксических и прочих состояний, повышающих её потребление тканями) в организме возрастает образование дегидроаскорбиновой кислоты, которая нарушает транспорт глюкозы в клетки, увеличивая её уровень в плазме крови и приводя к глюкозурии, а у детей с наследственной

Репозиторий ГрГМУ

предрасположенностью может спровоцировать развитие сахарного диабета.

Таким образом, согласно полученным данным, к особенностям преморбидного анамнеза, а значит к возможным факторам риска по СД 1 детей можно отнести: раннее искусственное вскармливание, преддошкольный возраст у мальчиков, реакции на прививки, наличие аллергических заболеваний, аденоидэктомию и, возможно, неконтролируемый прием аскорбиновой кислоты.

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.

НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Жигар А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Нарушения сна широко распространены как в популяции в целом, так и у пациентов соматического профиля. Консультируя в качестве врача-психотерапевта пациентов соматического профиля, я обратила внимание на то, что большинство консультаций назначались лечащими врачами именно по поводу нарушений сна у пациентов. Большинство консультированных мною пациентов ранее не обращались за медицинской помощью по поводу нарушений сна, бесконтрольно принимали безрецептурные препараты.

Цель: исследовать распространенность нарушений сна у соматических пациентов, особенности и длительность этих нарушений, а также распространенность приема различных групп препаратов с целью коррекции сна.

Методы. Исследование проводилось на группе случайным образом отобранных пациентов соматических отделений (неврологического, кардиологического и терапевтического). Использовались: клиническая беседа, полуструктурированное интервью, содержащее вопросы, относящиеся к цели исследования.

Репозиторий ГрГМУ

Результаты и обсуждение. Было обследовано 80 пациентов: кардиологических 25 (31,25%), неврологических 28 (35%), терапевтических 27 (33,75%) в возрасте от 27 до 78 лет (средний возраст составил 56 лет).

Нарушения сна выявлены у 65 пациентов (81,25%). Трудности засыпания отметил 51 пациент (78,46% от всех пациентов с нарушениями сна), беспокойный сон, частые пробуждения – 59 (73,75%), ранние пробуждения – 14 (21,54%), отсутствие чувства отдыха после ночного сна – 52 (80%), кошмарные сновидения – 8 (12,31%). 58 (83,23%) пациентов отметили, что нарушения сна негативно сказываются на самочувствии в дневное время (сонливость, усталость, раздражительность, снижение работоспособности). 49 пациентов (75,38%) испытывают тревогу и страх в вечернее время по поводу предстоящего сна. Следует отметить, что нарушения сна у данной категории пациентов могли быть вызваны симптомами основного заболевания, в том числе болевым синдромом.

Длительность нарушения сна составила: менее 1 недели – 3 пациента (4,62%), от недели до 1 месяца – 8 пациентов (12,31%), от 1 месяца до полугода – 13 пациентов (20%), более полугода – 41 (63,08%) пациент.

Из 65 пациентов с нарушениями сна 21 пациент (32,31%) не принимал каких-либо препаратов для коррекции сна (все пациенты с длительностью нарушения сна до полугода), 32 пациента (43,23%) принимали растительные препараты, в том числе 12 (18,46%) – только препараты этой группы. 27 пациентов (41,54%) принимали препараты, содержащие барбитураты. 13 пациентов (20%) принимали зопиклон, 7 из них принимали данный препарат более 1 месяца, в том числе более года - 3 человека. Транквилизаторы (диазепам) принимало 3 человека (4,62%). 3 пациента (4,62%) принимали амитриптилин для коррекции сна.

Более половины пациентов, принимающих с целью коррекции сна растительные препараты и препараты, содержащие барбитураты, регулярно превышают рекомендованные в аннотации дозы для повышения эффективности препарата.

Репозиторий ГрГМУ

16 пациентам (24,62%) препарат для коррекции сна порекомендовал врач, 25 пациентов (38,46%) ответили, что принимали препарат по совету родственников, знакомых (в том числе 2 пациента принимали зопиклон, прописанных родственнику), 13 пациентам (20%) препарат посоветовали работники аптеки, 11 (16,92%) – узнали о препарате из средств массовой информации.

Выводы.

1. Нарушения сна широко распространены среди пациентов соматического профиля, значительно ухудшая самочувствие в дневное время, снижая качество жизни.

2. У большинства пациентов этой группы нарушения сна носят длительный, хронический характер.

3. Соматические пациенты с нарушениями сна чаще всего принимают растительные препараты и препараты, содержащие фенобарбитал.

4. Более половины пациентов, принимающих растительные препараты и препараты, содержащие фенобарбитал, регулярно превышают рекомендованные дозы. Также более половины пациентов, принимающих зопиклон, превышают рекомендованные сроки.

5. Лишь каждый четвертый пациент с нарушениями сна в данном исследовании принимал препараты по рекомендации врача, большинство занимались самолечением, принимая безрецептурные препараты.

ИНТЕРВАЛ QT И ЕГО ДИСПЕРСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Жигальцов А.М., Косяк Ю.В., Протокович Е.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Интервал QT на электрокардиограмме (ЭКГ) соответствует электрической систоле желудочков. Продолжительность его непостоянна и зависит от многих факторов: частоты сердечных сокращений (ЧСС), состояния вегетативной нервной системы, возраста, пола, времени суток, приема многих лекарственных препаратов (антиаритмические,

Репозиторий ГрГМУ

симпатомиметики, антибиотики, антидепрессанты и др.), электролитного баланса и т.д. Интервал QT может удлиняться при проведении коронарной ангиографии, при ишемии миокарда и других состояниях [1]. Поэтому для оценки интервала QT у конкретного пациента используется не абсолютная, а корригированная величина интервала QT (QT_c), которую получают путем преобразования формулы Базетта ($QT_c = QT/\sqrt{R\text{-}R}$). Нормальным считается значение QT_c не более 440 мс. Удлинение интервала QT часто связано с очень плохим прогнозом у пациентов при острой ишемии миокарда и в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) [2].

Кроме интервала QT для оценки деполяризации и реполяризации миокарда используется такой параметр, как дисперсия интервала QT (QT_d) (разница между максимальным и минимальным значением QT измеренным в 12 стандартных отведениях ЭКГ). У здоровых лиц дисперсия интервала QT составляет 20-50 мс [3]. При развитии ишемии миокарда достоверно повышается QT_d до 125 мс и более.

Цель исследования: провести анализ длительности интервала QT_c и его дисперсии в группах пациентов с острым ИМ с благоприятным и неблагоприятным (летальным) исходом.

Материал и методы. В исследование включено 25 пациентов с ИМ в остром периоде, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии городской клинической больницы № 3 г. Гродно. Группа пациентов с благоприятным исходом ИМ составила 15 человек (1-я группа), с летальным исходом – 10 (2-я группа). В 1-й группе было 10 мужчин и 5 женщин, во 2-й – 6 мужчин и 4 женщины. Группы были сопоставимы по возрасту (68,2±3,0 и 69,7±2,4 года соответственно, $p>0,05$). Всем пациентам по 12-ти стандартным отведениям ЭКГ, записанным на 3-5 сутки развившегося ИМ, проводился расчет интервала QT_c и дисперсии корригированного интервала QT (QT_{cd}).

Репозиторий ГрГМУ

Результаты исследования приведены в таблице

Показатели QT, мс	1-я группа	2-я группа
Длительность QT_c	403,6±16,4	422,0±27,2*
QT_c у женщин	414,3±9,8	425,2±18,7
QT_c у мужчин	401,5±11,4	417,7±16,2
QT_c при переднем ИМ	415,0±25,8	418,4±16,7
QT_c при заднем ИМ	417,2±21,2	418,4±16,5
QT_c при Q-ИМ	417,3±17,5	420,8±27,1
QT_c при не Q-ИМ	414,6±18,4	418,5±26,6
QT_c у пациентов с СН	425,7±27,4*	428,3±25,4*
QT_c у пациентов без СН	413,6±21,8	412,7±18,4
Дисперсия интервала QT_c	48,9±18,1	64,9±18,6**

Примечание: *- различия показателей $p<0,05$;

**- $p<0,001$; СН – сердечная недостаточность.

В клинической практике удлинение интервала QT отражает негомогенность процессов реполяризации миокарда желудочков и расценивается как независимый предиктор фатальных нарушений ритма. В нашем исследовании длительность QT_c достоверно выше в группе умерших пациентов с ИМ, чем в 1-й группе ($p<0,05$), что является отражением неблагоприятного исхода заболевания. Не отмечено достоверно значимой зависимости QT_c от локализации ИМ, наличия патологического зубца Q и полового признака. У пациентов с клинически выраженной СН QT_c был больше в обеих группах, чем у пациентов без нее ($p<0,05$).

Одной из причин QT_d, существующей и в норме, считается различие процессов реполяризации в разных отделах правого и левого желудочков. Развивающаяся асинхронная реполяризация приводит к различию уровней поляризации клеток миокарда и создает условия для появления дополнительных очагов возбуждения, что и служит фоном для развития аритмии и внезапной сердечной смерти. Увеличение QT_d у пациентов можно рассматривать как интегральный прогностический показатель, отражающий степень дисфункции левого желудочка и предрасположенность к желудочковым нарушениям ритма [4].

По результатам нашего исследования дисперсия интервала QT была достоверно выше у пациентов 2-й группы ($p<0,001$).

Репозиторий ГрГМУ

Этот факт, по всей видимости, отражает более выраженный асинхронизм процессов реполяризации в разных участках миокарда при развитии его некроза у умерших больных.

Выводы. У пациентов с острым инфарктом миокарда выявлены достоверные различия в длительности корригированного интервала QT и его дисперсии в группах с благоприятным и неблагоприятным исходом. Полученные данные позволяют использовать эти показатели в качестве маркера электрической нестабильности миокарда и учитывать выявленные изменения интервала QT при проведении терапии инфаркта миокарда в остром периоде.

Литература

1. Де Луна, А.Б. Руководство по клинической ЭКГ / А.Б. Де Луна; перевод с английского под редакцией Р.З. Амирова. – Москва: Медицина, 1993. – 704 с.

2. Синдром удлиненного интервала QT как предиктор сложных нарушений сердечного ритма и внезапной смерти. (Учебно-методическое пособие). – М.: ИД Медпрактика-М. – 2006. – 32 с.

3. Бутаев Т.Д., Трешкур Т.В., Овечкина М.А. и др. Врожденный и приобретенный синдром удлиненного интервала QT. Учебно-методическое пособие. – С-Пб: ИНКАРТ, 2002. – 48 с.

4. Макарычева О.В., Васильева Е.Ю., Рудзевич А.Э., Шпектор А.В. Динамика дисперсии QT при остром инфаркте миокарда и ее прогностическое значение // Кардиология. – 1998. – № 7. – С. 43-46.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИХИНЕЛЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ УЗ «ГОИКБ»

Жмакин Д.А., Соловьева Е.Ю., Данькина Ю.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Немаловажную роль среди гельминтозов Республики Беларусь играет трихинеллез – паразитарное заболевание, возбудителем которого являются мелкие личинки круглого гельминта Trichinella spiralis, реже заболевание вызывают Trichinella nativa, Trichinella pseudospiralis, паразитирующие в мышечной ткани многих видов плотоядных животных и человека.

Трихинеллез - зоонозный биогельминтоз, характеризующийся острым течением, лихорадкой, выраженными аллергическими проявлениями и поражением поперечно-полосатой мускулатуры. При тяжелом течении болезнь осложняется миокардитом, очаговым или диффузным поражением легких, центральной

Репозиторий ГрГМУ

нервной системы, системными сосудистыми поражениями [2].

Рост международной торговли мясом и мясными продуктами, туризм, миграция населения – все эти факторы способствуют распространению и росту трихинеллеза. Это заболевание получило широкое распространение и нередко стало регистрироваться в регионах планеты, ранее свободных от этого гельминтоза. Практически нет ни одной страны на планете благополучной по данному заболеванию.

Различают природные, синантропные и смешанные очаги трихинеллеза. В природных очагах отмечается поражение диких животных, в частности крыс, медведей, кабанов и других животных. В синантропных очагах в окружении человека циркуляция возбудителя происходит в основном между свиньями и крысами. Смешанные очаги возникают в окружении человека, куда возбудитель разными путями заносится из природных очагов [1]. Республика Беларусь до середины XX века относилась к странам с преимущественно синантропными очагами заболевания, связанными с употреблением мяса домашней свиньи, особенно «свежинины». Однако в дальнейшем на первое место вышли «природные» очаги трихинеллеза, в которых периодически возникают синантропные вспышки.

В связи с разнообразностью клинических проявлений трихинеллеза, нами была поставлена цель в изучении анамнеза, жалоб и лабораторных показателей пациентов находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненская городская инфекционная клиническая больница» 2011-2012 гг.

Среди наблюдаемых были 29 пациентов, 14 мужчин и 15 женщин. Возраст заболевших от 5 до 56 лет.

В стационар больные поступали в разные сроки от начала заболевания. У всех пациентов диагноз был подтвержден эпидемиологически (100% пациентов указывали на употребление мяса или мясопродуктов из дикого кабана), клинически и серологически (методом выявления специфических Ig в ИФА).

Заболевание имело среднетяжелое (28 человек) течение и в одном случае тяжелое течение.

При поступлении у всех пациентов имела место лихорадка. На мышечные боли жаловались 20 (69%) человек. Мышечные боли отмечались в типичных местах: в икроножных, бедренных,

Репозиторий ГрГМУ

височных мышцах, при глотании.

На отёки и пастозность лица жаловались 12 (41%) пациентов, на слабость - 16 (55%) человек.

Сыпь наблюдалась у 11 (38%) пациентов, высыпания локализовались на груди, конечностях, коже живота.

Желудочно-кишечные расстройства проявлялись болевым синдромом, тошнотой, частым жидким стулом - у 1 (4%); другие жалобы в виде озноба, головной боли и сухости во рту и т.п. наблюдались у 11 (38%) человек.

Следует отметить, что в стационаре у 28 (97%) пациентов наблюдалась эозинофилия от 6 до 55%, среднее значение 22,97%. У 10% (3 человека) эозинофилия не отмечалась при первом исследовании. Лейкоцитоз был характерен для 23 человек (79%). Ускоренное СОЭ наблюдалось у 22 (76%) пациентов.

Таким образом, инфицирование пациентов происходило из «природного» очага, что характерно для Республики Беларусь в целом.

Клиническая картина характеризовалась среднетяжелым течением и классическими при трихинеллезе лихорадкой, выраженными аллергическими проявлениями и поражением поперечно-полосатой мускулатуры. При лабораторной диагностике у 97% пациентов выявлялась эозинофилия, у 79% - лейкоцитоз, у 76% - ускоренное СОЭ.

Литература

1. Трихинеллез: особенности клиники и диагностики / Н.М. Горошко, А.А. Самсон, Н.М. Шавлов и др. // Новости медицины и фармации. – 2009. - № 7 (278).

2. Заражения трихинеллезом зафиксированы в Беларуси [Элетронный ресурс] / Беларусь, 2009. – Элетронный адресс: http:// www.belta.by/ - Дата подачи : 09.12.2009.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОТВЕТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Заяц А.Н., Шишко В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Велоэргометрическая проба (ВЭП) относится к функциональным нагрузочным тестам, позволяющим

Репозиторий ГрГМУ

объективизировать постановку диагноза артериальной гипертензии (АГ), особенно у пациентов молодого возраста со скудными клиническими проявлениями заболевания. Характер гемодинамического ответа определяется реакцией сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку (ФН) и наиболее часто представлен адекватным, гиперреактивным, гипо-, гипер-, дистоническим вариантами, несколько реже – гипердинамическим [1].

Цель исследования: оценить влияние ВЭП на динамику ряда показателей сердечно-сосудистой системы у пациентов с АГ 1 степени в зависимости от характера гемодинамического ответа.

Материалы и методы. Было обследовано 65 пациентов с АГ 1 степени (средний возраст 23,1±1,2 лет). Диагноз АГ выставлен в соответствии с рекомендациями БНОК (2010). ВЭП проводилась по протоколу ступенчато возрастающей нагрузки: мощность 1-й ступени – 50 Вт, 2-й ступени – 100 Вт, 3-й ступени – 150 Вт, 4-й ступени – 200 Вт, продолжительность каждой ступени – 3 мин. Тест прекращался при выполнении протокола исследования, достижения субмаксимальной частоты сердечных сокращений (ЧССсубмакс), повышения артериального давления (АД) выше 220/120 мм рт ст. Оценивались следующие гемодинамические показатели: систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД) и ЧСС исходно, в конце каждой ступени нагрузки, максимальное (на высоте нагрузки), ежеминутно в восстановительном периоде. Также оценивались показатели, характеризующие толерантность к ФН (ТФН): пороговая мощность (ПМ), двойное произведение (ДП), коронарный (КР), инотропный (ИТ), хронотропный (ХР) резервы. Критериями избыточного ответа АД считались достижение САД 220 мм рт ст и более при нагрузке низкой и средней мощности, исходная гипертензия, прирост ДАД более 10 мм рт ст. В зависимости от причины завершения пробы и реакции АД на ФН пациенты были распределены на 4 группы: 1-ю группу составили 7 (10,8%) пациентов с физиологической реакцией на ФН (достижение ЧССсубмакс при нагрузке высокой мощности), 2-ю группу – 9 (13,8%) пациентов с гиперреактивным типом ответа (достижение ЧССсубмакс при нагрузке средней или низкой мощности), 3-ю группу – 33 (50,8%) пациента с гипертензивным

Репозиторий ГомГМУ

типом ответа (отсутствие достижения ЧССубмакс, избыточный ответ АД), 4-ю группу – 16 (24,6%) пациентов с гипердинамическим типом ответа (достижение ЧССубмакс при нагрузке средней или низкой мощности, избыточный ответ АД). Статистический анализ данных выполнен с применением Н-критерия Крускала-Уоллиса для сравнения множественных независимых выборок с последующим попарным сравнением, статистическая значимость различий принималась при уровне $p<0,05$. Результаты исследования представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Таблица 1 – Показатели ТФН у пациентов с АГ 1 степени

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	H	p
ПМ, Вт	150 (150;150)	116 (100;133)	133 (100;133)	116 (100;133)	16,16	0,0011
ДП, у.е.	350 (295;375)	328 (313;342)	315 (297;332)	355,5 (347;363)	22,01	0,0001
КР, %	84 (80;86)	84 (81;84)	73 (69;76)	83 (81;84)	43,52	0,0000
ИР, мм рт ст	75 (50;90)	65 (60;70)	75 (70;85)	70 (65;80)		NS
ХР, уд/мин	81 (76;90)	69 (64;77)	62 (51;69)	75,5 (63;87,5)	12,41	0,0061

У пациентов 3-й группы был ниже показатель КР по сравнению с 1-й, 2-й и 4-й группами ($p<0,05$ для всех пар сравнения), также был ниже показатель ДП в сравнении с 4-й ($p<0,05$) и ХР – в сравнении с 1-й группой ($p<0,05$) (таблица 1).

При выполнении ВЭП различий в группах изучаемых пациентов по уровню ДАД выявлено не было. Как следует из таблицы 2 в 3-й и 4-й группах уровень САД был выше исходно и на высоте нагрузки в сравнении со 2-й группой ($p3\text{-}2<0,05$, $p4\text{-}2<0,05$; $p3\text{-}2<0,05$, $p4\text{-}2<0,05$, соответственно). В 3-й группе на 2-й и 3-й ступенях нагрузки уровень САД был выше в сравнении с 1-й и 2-й группами ($p3\text{-}1<0,05$, $p3\text{-}2<0,05$; $p3\text{-}1<0,05$, $p3\text{-}2<0,05$, соответственно). 3-я группа также отличалась от 1-й группы более высоким уровнем САД на высоте нагрузки ($p<0,05$). При исследовании прироста показателей АД на ступенях нагрузки, статистически значимых различий не выявлено.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 2 – Динамика показателей САД у пациентов с АГ 1 степени по данным ВЭП

Показатель		1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	H	p
САД, мм рт ст	исходно	130 (130;142)	135 (135;140)	146 (140;150)	145 (143;153)	15,44	0,0015
	50 Вт	160 (154;170)	160 (160;165)	175 (165;180)	180 (165;183)	10,19	0,017
	100 Вт	180 (180;200)	190 (180;190)	200 (190;220)	200 (193;210)	13,96	0,003
	150 Вт	217 (190;220)	200 (200;210)	220 (220;225)	220 (215;220)	22,16	0,0001
	на высоте ФН	217 (190;220)	200 (200;210)	220 (220;225)	220 (212,5;220)	94	0,0000

При анализе динамики ЧСС, представленной в таблице 3, следует, что во 2-й группе ЧСС исходно была выше в сравнении с 3-й ($p<0,05$), также 2-я и 4-я группа отличались от 3-й группы большей ЧСС на каждой ступени нагрузки и на высоте ФН. У 3-й группы ЧСС статистически значимо меньше по сравнению с 1-й группой на 3-й ступенях ВЭП и на высоте нагрузки ($p<0,05$).

Таблица 3 – Динамика показатели ЧСС у пациентов с АГ 1 степени по данным ВЭП

Показатель		1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа	H	p
ЧСС, уд/мин	исходно	77 (72;85)	92 (91;94)	78 (73;84)	87 (77,5;100)	12,0	0,007
	50 Вт	99 (95;117)	118 (114;134)	104 (97;116)	117 (111;131)	17,5	0,0006
	100 Вт	124 (115;145)	146 (145;158)	129 (123;136)	150 (143;159)	34,55	0,0000
	150 Вт	159 (154;170)	164 (158;168)	145 (136;152)	163 (159;165)	27,03	0,0000
	на высоте ФН	159 (154;170)	162 (158;164)	141 (135;148)	163 (159;165)	40,52	0,0000

Выводы. Характерной реакцией сердечно-сосудистой системы у пациентов с АГ 1 степени с гипертензивным гемодинамическим ответом является сниженние КР, более

Репозиторий ГрГМУ

высокий уровень САД на всех этапах исследования, с достоверно более низким приростом ЧСС на фоне нагрузки, по отношению к пациентам с гиперреактивным и гипердинамическим ответами при выполнении ВЭП. Требует дальнейшего изучения прогностическое значение гипердинамического ответа в дебюте АГ у пациентов молодого возраста.

Литература

1. Таровская, Т.В. Велоэргометрия. Практическое пособие для врачей / Т.В. Таровская. – СПб. : Медицинская литература, 2007. – 138 с.

АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

Земляной И.Г., Пальцева А.И., Авер Ж.К., Русина А.В.*
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*,
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

Расширение возможностей современных репродуктивных технологий привело к увеличению числа беременных с тяжёлой экстрагенитальной патологией и, как правило, к плацентарной недостаточности, сопровождающейся нарушением в системе гемостаза [1]. Патологические нарушения при гестозе как причине плацентарной недостаточности начинаются с сосудисто-тромбоцитарного звена.

Тромбоциты - это ключевой фактор тромбогенеза, они способны синтезировать гуморальные факторы. Морфофункциональные изменения сосудистой системы и отдельных её компонентов способствуют нарушению маточно-плацентарного и фето-плацентарного кровотока, которые сопровождаются патологическими изменениями реалогических и коагулянтных свойств крови, расстройством микроциркуляции и сосудистого тонуса. В связи с этим исследования агрегационной способности тромбоцитов при фетоплацентарной недостаточности являются актуальными.

Цель работы: исследовать агрегационную способност тромбоцитов у беременных с фетоплацентарной

Репозиторий ГрГМУ

недостаточностью на фоне дезагрегантной терапии пентоксифиллином.

Материал и методы. В нашем исследовании принимали участие 30 женщин, которые составили две группы: 20 беременных женщин, беременность которых была осложнена фетоплацентарной недостаточностью и получавшие пентоксифиллин в комплексе лечения, 10 небеременных женщин репродуктивного возраста. Беременные были в возрасте от 17 до 41 года, первобеременные - 14, повторнобеременные - 16.

Диагноз фетоплацентарной недостаточности всем женщинам был выставлен во время беременности на основании клинического наблюдения и по результатам инструментального обследования.

Всем женщинам проводилось клиническое наблюдение за течением беременности, осуществлялось мониторное наблюдение за состоянием плода, проводилось исследование агрегационной способности тромбоцитов. Кровь для исследования брали из локтевой вены натощак без наложения жгута в силиконированные пробирки, содержащие 3,8% раствор цитрата натрия в разведении 9:1. Оценку количественных характеристик скорости и интенсивности агрегации проводили на анализаторе СОЛАР «АР2110» с помощью специализированного программного обеспечения по анализу агрегационных свойств тромбоцитов разработки ЗАО «Спектроскопия оптика и лазер-авангардные разработки».

Для исследования спонтанной агрегации тромбоцитов анализировали агрегационную кривую, записанную в течение 10 минут. В качестве индукторов агрегации использовались реагенты «Helena Biosciences» АДФ – «ADF Reagent» рабочая концентрация 200 мкмоль/мл, адреналин – «Epinephrine Reagent» рабочая концентрация 3 ммоль/мл и коллаген – «Collagen Reagent» рабочая концентрация 100 мкг/мл.

Протокол исследования агрегации тромбоцитов в богатой тромбоцитами плазме включал измерение максимальной скорости и степень агрегации в процентах. Выбор индукторов агрегации тромбоцитов обусловлен различиями в механизме их действия на тромбоциты, что позволяет изучать параллельно несколько механизмов изменения агрегационной активности

Репозиторий ГрГМУ

тромбоцитов у беременных с фетоплацентарной недостаточностью. Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием программы статистической обработки данных Statistica.

Результаты: Установлено, что у беременных с фетоплацентарной недостаточностью максимальная степень адреналин-АДФ-коллаген-индуцированной агрегации на фоне лечения пентоксифиллином не превышает аналогичный параметр у небеременных женщин репродуктивного возраста ($p>0,05$), хотя и сохраняется тенденция к повышению степени агрегации 74,4%, 74,9%, 62,2% и 71,1%, 61,7%, 36,7% соответственно.

Нами не найдено достоверных различий в показателях скорости агрегации тромбоцитов у женщин с фетоплацентарной недостаточностью и в группе контроля (21,8%, 64,8, 9,92 и 14,8, 61,5, 1,45 соответственно). Анализ показателей агрегационной способности тромбоцитов в зависимости от индуктора агрегаций показал, что скорость агрегации тромбоцитов достоверно выше при индукции адреналином в сравнении с коллагеном 433,5 и 232,5 ($p<0,001$). Известно, что адреналин, стимулируя $\alpha 2$ адренорецепторы тромбоцитов, в процессе агрегации приводит к снижению внутриклеточного цАМФ и к повышенной проницаемости мембран тромбоцитов. Кроме того, для реализации адреналин-индуцированной агрегации тромбоцитов необходимо связывание внеклеточного фибриногена со специфическими рецепторами плазматической мембраны. Адреналин-индуцированная агрегация тромбоцитов у беременных свидетельствует о резком повышении чувствительности рецепторного аппарата тромбоцитов к адреналину. Из этого следует, что патофизиологической основой изменения агрегации тромбоцитов при фетоплацентарной недостаточности является нарушение активности цАМФ клетки, высокий уровень которого не позволяет тромбоциту сохранить функциональную жизнеспособность. Однако скорость агрегации при индукции АДФ оказалась значительно выше скорости агрегации индуцированной коллагеном и адреналином ($p<0,02$, $p<0,04$).

Результаты проведенного исследования демонстрируют эффективность проводимой антиагрегационной терапии

Репозиторий ГомГМУ

пентоксифиллином у беременных с фетоплацентарной недостаточностью. Характер выявленного изменения агрегационной способности тромбоцитов в зависимости от индуктора агрегации требует дальнейшего изучения агрегационной активности тромбоцитов с целью определения влияния стрессовых состояний у беременных на гемостаз.

Литература

1. Мурашко, А.В. Роль антиагрегантов в акушерской практике / Мурашко А.В., Кумыкова З.Х. // Consilium medicum. - 2006. - № 6. - С. 23-27.

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НА ПРОИЗВОДСТВАХ И ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОФПАТОЛОГИИ

Зеньков Л.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время, несмотря на научно-технический прогресс и внедрение в производство современных безопасных технологий, проблема профессиональных заболеваний остается актуальной не только для нашего государства, но и для других стран мира [1, 2, 3]. Основной целью медицинских осмотров согласно Постановления МЗ РБ № 47 «О порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих» является своевременное выявление профессиональных заболеваний. Однако в Республике Беларусь имеет место самая низкая выявляемость профессиональных болезней по сравнению с другими высокоразвитыми странами и эти показатели не соответствуют истинному положению дел [4, 5].

Результаты этого анализа и свой многолетний опыт работы руководителем областного центра профпатологии свидетельствуют о многих проблемах службы профпатологии, которые отражаются на качестве работы. Главной причиной низкой выявляемости профболезней является слабая подготовка по профпатологии врачей, занимающихся медицинскими осмотрами. Так, по нашим данным, только 35% специалистов имеют подготовку по профессиональной патологии, а среди «узких» специалистов этот показатель ещё ниже. В связи с

Репозиторий ГрГМУ

неподготовленностью врачей по профпатологии до 30% больных сами обращаются в поликлинику.

При этом, в основном выявляются профессиональные болезни органов дыхания и сенсоневральная тугоухость. Свидетельством поздней выявляемости профессиональных заболеваний является то, что около 40% профбольных, состоящих на учете в областном профцентре, имеют группу инвалидности.

Практическое здравоохранение испытывает острую необходимость в подготовке высококвалифицированных специалистов в области профпатологии. Решение этой проблемы должно осуществляться во время додипломной и последипломной подготовкие специалистов, что касается вузовской подготовки, нам непонятно, почему исключено из новой типовой программы преподавание профессиональных болезней на педиатрическом факультете. Знания профессиональных патологий, по нашему убеждению, крайне необходимы будущим педиатрам в дальнейшей трудовой деятельности, особенно в следующих вопросах:

- влияние вредных факторов производства на специфические функции женского организма, развитие плода и здоровье новорожденных;
- профессиональные заболевания медицинских работников, причины их возникновения, профилактика и реабилитация больных;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров и роль педиатров в этих осмотрах.

Безусловно, отсутствие знаний по профпатологии ущербно для будущих специалистов и отразится в их последующей работе.

Кроме того, в последние годы курсы профпатологии перестали быть подразделениями медицинских университетов и как бы «растворились» в других кафедрах, что негативно отражается в целом на преподавании этой дисциплины.

Послевузовская подготовка специалистов по профпатологии проводиться на кафедре аллергологии и профпатологии БелМАПО. Однако основное внимание уделяется подготовке специалистов терапевтического профиля.

Репозиторий ГрГМУ

Выводы.

1. Первостепенной задачей улучшения качества работы медицинских комиссий по проведению медосмотров является улучшение подготовки специалистов по профпатологии на додипломном уровне, т.к. она является основной и единственной в большинстве случаев. Преподавание дисциплины «Профессиональные болезни» необходимо проводить на всех факультетах медицинских университетов, в т.ч. на педиатрическом.

2. Для улучшения качества последипломной подготовки врачей, участвующих в медицинских осмотрах, кроме Бел МАПО подготовку специалистов можно проводить в областных центрах профпатологии с привлечением сотрудников курсов профпатологии региональных медицинских университетов.

3. Для ранней диагностики профессиональных заболеваний должен быть использован потенциал медицинских университетов, включая сотрудников кафедр и диагностического оборудования.

Литература

1. Артамонова, В.Г. Профессиональные болезни / В.Г. Артамонова, Н.А. Мухин // М.: Медицина, 2004.

2. Измеров, Н.Ф. Прошлое. настоящее и будущее профпатологии / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2001. - № 1. – С. 1-9.

3. Косарев, В.В. Периодические медицинские осмотры и их роль в сохранении трудового потенциала работающего населения в рамках Национального проекта «Здоровье» / В.В. Косарев, В.С. Лотков, С.А. Бабанов // Менеджер здравоохранения. – 2007. - № 5. – С. 40-49.

4. Скепьян, Н.А. Профессиональные заболевания / Н.А. Скепьян, Т.В. Барановская, Л.К. Першай // Справочник. – Мн.: Беларусь, 2003.

5. Состояние и анализ профзаболеваемости в Республике Беларусь / С.В. Федорович [и др.] // Медицина. - 1998. - № 2. – С. 27-29.

ВНУТРИЭРИТРОЦИТАРНАЯ СИСТЕМА РЕГУЛЯЦИИ СРОДСТВА ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ

Зинчук В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Состояние кислородтранспортной функции крови, определяемое исходными свойствами гемоглобина и действием различных клеточных эффекторов, позволяет обеспечить

Репозиторий ГГМУ

адаптацию организма к различным гипоксическим условиям. Заключенный в эритроцитах гемоглобин находится в специфическом окружении, которое модифицирует его основные свойства. В целом данная функция крови определяется кратко- и долгосрочными адаптационными механизмами. К первым относят внутриэритроцитарные модуляторы, ко вторым – генетически детерминированные факторы изменения аминокислотной последовательности в молекуле гемоглобина.

Данный гемопротеид представляет собой не единое целое, а популяцию молекул, хотя и родственных по своей белковой последовательности, но структурно и химически различных и соответственно имеющих различную функциональную активность. Его физиологические свойства определяются структурой белка и эффектами различных физико-химических факторов (pH, температура и концентрация кофакторов, изменяющих его связывание с O_2). Его адаптационные возможности зависят от гомотропных (кооперативности между связывающими O_2 гемовыми группами, определяющей S-образную форму кривой кислородного равновесия, и гетеротропных взаимодействий между гемами и участками, связывающими эффекторы. Каждая фракция гемоглобина обладает своей спецификой, адаптивная ценность которой различна в разных участках сосудистого русла, тканей и органов, благодаря чему функцию переноса газов в организме выполняет гетерогенное семейство макромолекул, где каждый из участников общего процесса отличается от остальных физико-химическими и функциональными особенностями, вследствие чего присоединение и отдача кислорода и углекислого газа зависят от соотношения фракций гемоглобина, их вклада в общую функцию [Иржак Л.И., 1975]. В цикле окси/дезоксинации гемоглобина, и в целом для кислородтранспортной функции крови, имеет важное значение его взаимодействия с полосой 3 в эритроцитарной мембране. Кислородзависимое связывание гемоглобина с определенными локусами на мембране может регулировать гликолиз, а также через кислород-чувствительные механизмы транспорта ионов влиять на эритроцитарный объем и внутриэритроцитарное значение pH [Jensen F.B., 2004].

Репозиторий ГрГМУ

В целом состояние кислородсвязывающих свойств есть результат действия многих факторов и каждый из них имеет определенную роль. Как известно, p50 для гемоглобина в чистом растворе составляет примерно 16-18 мм рт. ст., а для внутриэритроцитарного - почти в 2 раза больше. Сродство гемоглобина к кислороду определяется в значительной степени аллостерическим взаимодействием между гемоглобином и различными физиологическими модуляторами (H^+, 2,3-ДФГ, CO_2 и др.) [Иржак Л.И., 1975], которые в совокупности на уровне клеточного компартмента крови образуют внутриэритроцитарную систему регуляции её кислородсвязывающих свойств. Данная система осуществляет регуляцию свойств гемоглобина и демонстрирует зависимость от метаболических процессов в эритроцитах, что с учетом скоростей биохимических реакций предполагает относительно быстрые изменения кислородсвязывающих свойств крови в ответ на внешние возмущения [Борисюк М.В., 1984]. Через данный внутриэритроцитарный механизм положение кривой диссоциации оксигемоглобина может значительно изменяться в зависимости от потребностей организма в кислороде. Аллостерические эффекторы управления R-/T- конформацией гемоглобина обеспечивают формирование кислородсвязывающих свойств крови в широком физиологическом диапазоне в соответствии с потребностями организма.

Обсуждается участие состояния L-аргинин-NO системы в формировании кислородтранспортной функции крови. Вклад NO во внутриэритроцитарные механизмы регуляции кислородсвязующих свойств крови изучался в различных опытах in vitro. При инкубации крови с нитрозоцистеином и в условиях оксигенации, значение p50 стандартного было ниже на 3,9±0,70 мм рт. ст. ($p<0,05$), а p50 реального на 3,4±0,95 мм рт. ст. ($p<0,05$), что приводит к левостороннему сдвигу КДО. Влияние доноров NO на сродство гемоглобина к кислороду определяется условиями оксигенированности крови и соотношением выделяющегося из донора NO и гемоглобина в крови. В другой серии опытов in vitro было показано что небиволол увеличивает значения p50 при реальных значениях pH и pCO_2 на 4,3±0,8 ($p<0,05$) мм рт. ст. при самой низкой концентрации, а

Репозиторий ГГМУ

последующее 2-х и 3-х кратное увеличение его концентрации повышает его величину на 7,5±1,1 ($p<0,01$) и 10,6±0,7 ($p<0,01$) мм рт. ст. соответственно. NO в этом случае выступает в качестве важного модификатора функциональных свойств гемоглобина.

Полученные в различных опытах данные о характере изменения кислородсвязывающих свойств крови предполагают ее функционирование в условиях целого организма через механизм относительно автономной системы регуляции свойств крови. Состояние внутриэритроцитарной системы регуляции сродства гемоглобина к кислороду существенно влияет на мобильность адаптивных изменений крови, и в тоже время данная автономная система, работающая по принципу обратной связи, способна вне условий циркуляции поддерживать адаптивные свойства крови. В реальных условиях организма действие этих модуляторов обуславливает иное сродство гемоглобина к кислороду. Представляется возможным осуществлять коррекцию кислородтранспортной функции крови через воздействие на данную систему, что очень важно для обеспечения адекватного кислородного потока в ткани и может быть использовано для разработки основных путей коррекции кислородного дефицита.

Литература

1. Борисюк, М.В. Внутриэритроцитарная регуляция сродства гемоглобина к кислороду // Усп. физиол. наук. -1983. - Т. 14, № 1. - С. 89-101.

2. Иржак, Л.И. Гемоглобины и их свойства. - М.: Наука. 1975.

3. Jensen F.B. The dual roles of red blood cells in tissue oxygen delivery: oxygen carriers and regulators of local blood flow // J. Exp. Biol. – 2009 – Vol. 212 (21). - P. 3387-3393.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ В МАГИСТРАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Зинчук В.В., Емельянчик Ю.М., Балбатун О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Важной исторической вехой на пути сближения и гармонизации систем высшего образования стран Европы с целью создания единого европейского пространства высшего

Репозиторий ГрГМУ

образования явилось подписание 19 июня 1999 года Болонской декларации. Согласно данной декларации гармонизация систем высшего образования достигается за счет широкого распространения однотипных образовательных циклов (бакалавриат - магистратура), введения единых или легко поддающихся пересчету систем образовательных кредитов (зачетных единиц), одинаковых форм фиксирования получаемых квалификаций, взаимной признаваемости академических квалификаций, развитых структур обеспечения качества подготовки специалистов и т.д. [1].

Республика Беларусь также находится на пути присоединения к Болонскому процессу. В основе этого присоединения лежат определённые мотивы. Во-первых, система образования Республики Беларусь имеет европейские корни, в связи с этим логичным представляется учет изменений той системы, которая исторически послужила моделью-прототипом для системы отечественной. Во-вторых, на Евросоюз приходится значительная часть отечественной внешней торговли и иных внешнеэкономических связей. Если высшее образование людей, реализующих эти связи, сопоставимо, то и связи налаживать и поддерживать легче. В-третьих, взаимодействие системы образования Республики Беларусь с единым образовательным пространством Европы предполагает общепринятые правила и, находясь «внутри» процесса, значительно легче влиять на принятие решений, которыми и определяются общепринятые правила. В-четвёртых, формирование общего образовательного пространства в рамках Союзного государства, ЕврАзЭС и СНГ, часть участников которых реформировали национальные системы образования на основе Болонских принципов, так или иначе вынуждают Республику Беларусь в процессе построения общего образовательного пространства реформировать отечественную систему образования на тех же принципах. В-пятых, присоединение к этим принципам позволит повысить привлекательность и конкурентоспособность нашего национального образования в современном мире [2].

Магистратура предусматривает более глубокое освоение теории по выбранному профилю и подготовку студента к научно-исследовательской деятельности по выбранному направлению.

Репозиторий ГрГМУ

Диплом магистра, как и диплом бакалавра, лучше признаётся в большинстве стран мира, даёт возможность перевода из вуза в вуз, а также признаётся зарубежными работодателями [3]. В процессе обучения магистрант осваивает общеобразовательные дисциплины, такие как философия и методология науки, основы информационных технологий, педагогика, психология и иностранный язык, а также предметы по своей специальности.

В связи с этим коллектив кафедры нормальной физиологии нашего университета, в соответствии с современными тенденциями в высшем образовании, организовал процесс обучения в магистратуре. Для этого сотрудниками кафедры была проделана большая подготовительная работа: рабочие программы с перечнем вопросов для углубленного изучения, программа для прохождения практики и многое другое. За последних три года на кафедре прошли обучение четыре магистранта. В следующем учебном году также планируется обучение по этой специальности. При этом, в процессе учёбы наша кафедра делает большой акцент не только на педагогической деятельности (магистранты посещают лекции и лабораторные занятия у опытных преподавателей, с ними проводятся занятия, им читают лекции), но и на научно-исследовательской деятельности с тем, чтобы магистранты в последующем могли продуктивно продолжить обучение в аспирантуре. Руководитель магистрантов, с одной стороны, стремиться максимально передать им весь опыт, накопленный на кафедре и в лаборатории по исследованию газотранспортной функции крови, а с другой стороны организует стажировку магистрантов в передовых научных центрах за пределами нашей страны с тем, чтобы они могли почерпнуть и внести что то новое в развитие медицинской специальности.

Магистратура ориентирована на продолжение обучения в аспирантуре, по-сути является подготовительным этапом для обеспечения подготовки кадров высшей квалификации. С другой стороны, она направлена на подготовку более квалифицированных кадров для профессиональной деятельности. В процессе обучения в магистратуре необходимо выполнить достаточно серьезное научное исследование и представить его в виде магистерской диссертации, которая представляет собой

Репозиторий ГрГМУ

квалификационную работу, весьма схожую по требованиям, предъявляемой к ней, и по своей структуре с диссертацией на соискание ученой степени кандидата наук. Необходимо осуществить публикацию основных результатов исследования. Обязательно проведение защиты данного исследования, которая включает в себя доклад с мультимедийной презентацией, ответы на возникшие вопросы и обсуждение. По результатам данной защиты выставляется оценка. Прохождение данной процедуры, в конечном итоге, позволяет обучающемуся более глубоко ознакомиться с организацией научно-исследовательской работы, и, по сути, является хорошей школой для последующего мотивированного обучения в формате послевузовского образования.

Учёба в магистратуре на кафедре нормальной физиологии, наряду с достигнутыми результатами, сопряжена с определёнными трудностями. Во-первых, обучение осуществляется по двум специальностям «физиология» и «патологическая физиология», то есть на базе двух кафедр. Это в свою очередь предусматривает усвоение магистрантами двух дисциплин, посещение по ним занятий и лекций, изучение специфики учебной и научно-исследовательской деятельности на этих кафедрах. Этим же обусловливается сложность организации учебного процесса по данной специальности, так как необходима слаженная совместная работа преподавателей обеих кафедр при обучении магистрантов, подготовке учебных планов, программ, экзаменационных билетов и др. Во-вторых, на сегодняшний день для магистрантов нет учебников, пособий и другой специализированной литературы. В-третьих, в магистратуру по специальности 1-79 80 29 «Патологическая физиология, физиология» могут поступать только выпускники медицинских ВУЗов и не имеют такого права специалисты с биологическим образованием, хотя обучение по данным специальностям в аспирантуре осуществляется как по биологии, так и медицине. В-четвёртых, на сегодняшний день не до конца проработан статус магистранта, особенно в медицинской отрасли, где обучение осуществляется только на теоретических кафедрах и фактически отсутствует обучение магистрантов на клинических, что обуславливает меньшую привлекательность данной формы

Репозиторий ГрГМУ

обучения для выпускников медицинских ВУЗов. Следует также отметить, что исследования медико-биологического профиля являются более трудоемкими, более продолжительными, требуют определенной квалификации и значительных материальных затрат.

В целом, введение магистратуры в систему вузовского образования медицинского профиля повышает конкурентоспособность нашего образования на рынке труда, но его реализация требует совершенствования.

Литература

1. Лебедева, М.М. Болонский процесс: проблемы и перспективы / М.М. Лебедева. - Москва: Оргсервис-2000, 2006. – 208 с.

2. Студенцова, А.А. Выгоды и затраты от вступления Беларуси в Болонский процесс / А.А. Студенцова, Е.И. Голомзик // Сборник работ 68-й научной конференции студентов и аспирантов Белорусского государственного университета: в 3-х ч.: ч. 3. – Минск: БГУ, 2011. – С. 48-50.

3. Дружилов, С.А. Двухуровневая система высшего образования: западные традиции и российская реальность / В.В. Зинчук, О.А. Балбатун, Ю.М. Емельянчик // Педагогика. – 2010. - № 6. – С. 51-58.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2012 гг.

Зуховицкая Е.В., Фиясь А.Т.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проанализированы данные по заболеваемости острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) и результатам терапии среди взрослого населения Гродненской области в возрасте 16-87 лет. Всего взято на учет 79 человек, из них женщин – 44, мужчин – 35; жителей города – 47, села – 32; средний возраст (СВ) составил 60 лет. В возрасте 16-59 лет было 33 (41,8%), 60-69 лет – 17 (21,5%), старше 70 лет – 29 (36,7%) пациентов, СВ составил 40; 66,0; 75,5 лет соответственно. ОМЛ у 7 пациентов диагностирован спустя 2-3 г. после лучевой терапии или химиотерапии (ХТ) по поводу имевших место злокачественных новообразований. Поздняя диагностика имела место в 25 (32%) случаях при общей выживаемости (ОВ) 1-20 дней. 20 больных

Репозиторий ГрГМУ

(25%) имели выход в длительную клинико-гематологическую ремиссию (КГР) (10-44 мес.), из них в возрасте до 60 лет – 13, старше 60 лет – 7 больных (40% и 15% соответственно); жителей города в этой группе – 14 (70%), села – 6 (30%). В первой возрастной группе ОВ составила 23,5 мес.(10-44 мес.), во второй группе – 24,3 мес.(10-44 мес.), при среднем количестве курсов ХТ 12 (2-23) и 10 (4-21) соответственно. У 8 пациентов, находящихся в настоящее время в КГР, ОВ составляет 29,4 мес. (10-44 мес.). Среди больных, не получивших ХТ в достаточном объеме или находившихся на паллиативной терапии, средняя ОВ составила 2,0 мес.

Выводы.

1. Больным проводилась стандартная ХТ без выделения групп прогноза, что отрицательно сказалось на выход в КГР и на ОВ.

2. Выявлена значительно более высокая заболеваемость ОМЛ среди населения старше 60 лет; в этой же группе отмечен более низкий выход в КГР.

3. Низкий выход пациентов старше 60 лет в КГР можно объяснить наличием коморбидности и несоблюдением режимов проведения протоколов ПХТ.

4. Отмечена поздняя диагностика в 25(32%) случаях, что отрицательно сказалось на результатах терапии.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Иванцов В.А.[1], *Лазаревич С.Н.*[1], *Аносов В.С.*[2]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[2]

Актуальность политравмы связана с определенными особенностями таких повреждений, оказывающих влияние на оказание медицинской помощи. По данным зарубежных авторов, при политравме повреждения конечностей наблюдаются в 86% случаев, головы – в 69%, груди – 66,2%, живота – 83,6%, таза – 62,8%, позвоночника – в 19% случаев. Переломы костей

Репозиторий ГрГМУ

конечностей составляют преобладающую группу и существенно отягощают состояние пострадавших, затрудняя диагностику и лечение повреждений внутренних органов, травм грудной клетки, таза, позвоночника [1].

В отделении осложненной травмы Гродненского областного клинического центра травматологии и ортопедии под наблюдением с 2000 г. по 2012 г. находилось 274 пациента с политравмой: 176 пациентов с сочетанной травмой, 94 – с множественными и 4 – с комбинированными повреждениями. Среди пострадавших с острой травмой каждый третий находился в состоянии алкогольного опьянения. Наиболее часто травмировались мужчины – 206 (75,2%) пациентов, чем женщины – 68 (24,8%) пациенток, получавшие как сочетанные (125 мужчин и 51 женщина, соответственно 71,3% и 28,7%), так и множественные (77 мужчин и 17 женщин, 81,6% и 18,4% соответственно) повреждения. Среди пострадавших преобладали лица трудоспособного возраста. Большинство из них получили травму в бытовых условиях – 146(53,2%) человек и в дорожно-транспортных происшествиях –56 (20,4%) человек.

Важное значение для сохранения жизни пострадавшего и своевременного оказания медицинской помощи имеет время от момента получения травмы до доставки в лечебное учреждение, т.н. «золотой час». Из 274 травмированных 168 (61,3%) были доставлены в течение часа.

Тактика оказания медицинской помощи предусматривала использование комплекса диагностических, хирургических и консервативных методов с учетом оценки тяжести состояния пострадавшего и определения доминирующего повреждения. После проведения противошоковой терапии оперированы в первые 4-6 часов 69 (39,1%) пострадавших с сочетанной травмой и 40 (42,9%) со множественными повреждениями.

На раннем этапе лечения оперировали 107 (60,9%) пациентов с сочетанной травмой и 54 (57,1%) – со множественной травмой. У 46 (26,4%) пострадавших с сочетанной травмой и у 52 (55,1%) со множественной травмой стабилизация отломков осуществлялась аппаратом внешней фиксации, у 55 (31%) с сочетанной и у 8 (8,2%) со множественной травмой – методом скелетного вытяжения, ввиду

Репозиторий ГрГМУ

тяжести состояния и отрицательной гемодинамики. Накостный остеосинтез выполнен у 2 (1,1%) пациентов с сочетанной травмой и у 8 (8,2%) с множественными переломами костей конечностей.

Средняя продолжительность стационарного лечения у пациентов с сочетанной травмой составила 35,8 дня, у пострадавших со множественной травмой – 21,3 дня, с комбинированным поражением – 49 дней.

Выводы.

1. Адекватная медицинская помощь на всех этапах ее оказания позволяет сохранить жизнь пострадавшим с политравмой и способствует оптимизации реабилитационных процессов.

2. Выбор метода операции зависит от тяжести политравмы и характера перелома.

3. При отсутствии расстройства витальных функций предпочтение должно отдаваться остеосинтезу аппаратом внешней фиксации.

Литература

1. Матвеев, Р.П. Организация лечения множественной и сочетанной травмы в областном центре северного региона /Р.П. Матвеев // Экология человека. - 2006. - № 5. - С. 25-28.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХРЯЩЕВОГО КОМПОНЕНТА ДИСТАЛЬНОГО ЭПИФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ

Иванцов А.В., Воробьева Д.О.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы регистрируется устойчивое увеличение удельного количества заболеваний и деформаций стоп у детей и подростков. Преобладание плоскостопия в структуре патологии стоп [1] обуславливает необходимость разработки скрининговых методов исследования вышерасположенных суставов нижней конечности. Поэтому ранняя оценка состояния тех же коленных суставов при плоскостопии очень важна при проведении диспансерных осмотров детей в дошкольных и школьных учебных заведениях, в спортивной медицине - для своевременного прогнозирования нарушения здоровья

Репозиторий ГрГМУ

спортсменов. Применение простого и надежного метода экспресс-диагностики состояния коленных суставов очень важно при медицинских осмотрах[3].

Ультразвуковая диагностика остается ведущим скрининг-методом при обследовании детей любого возраста, и знание современных возможностей данной методики - необходимое условие успешной работы врача первичного звена здравоохранения.

Вопросы толщины хрящевого покрова мыщелков бедренной и большеберцовой кости интересовали многих исследователей. Особого внимания заслуживают исследования В.М. Маркушева [2] по изучению толщины суставного хряща мыщелков бедренной кости, в которых он определил значения толщины хряща бедренной кости в пределах от 0,2 до 0,4 см. Наибольшая толщина хряща была отмечена автором в возрасте 2-5 лет и 12-20 лет. Г.М. Ратишвили [4] на своем материале показал, что толщина хрящевого покрова на суставных поверхностях мыщелков бедра у взрослых людей колеблется между 1,5 и 6 мм; наибольшая толщина хрящевого покрова на большеберцовой кости была в центральных частях суставных поверхностей. Анализ литературных данных показал, что систематизированные данные об особенностях формирования хрящевого комплекса мыщелков бедренной кости на различных этапах онтогенеза у здоровых детей и у детей с плоскостопием, основанных на результатах ультразвуковой морфометрии, отсутствуют, что дает нам повод для проведения дальнейших исследований, направленных на ликвидацию данного пробела.

Визуализация внутрисуставных структур проводилась на ультразвуковом аппарате Aloka ECHO CAMERA SSD-630, линейный датчик 7,5 МГц. Максимальное сгибание нижней конечности в коленном суставе создавало оптимальное ультразвуковое «окно» для визуализации мыщелков бедренной кости и морфометрии гиалинового хряща

Полученные нами данные о толщине гиалинового хряща мыщелков бедренной кости отражены в таблице.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица - Показатели толщины хряща мыщелков бедренной кости

Возраст, лет	Мыщелок	Толщина хряща, мм	
		Контроль	Плоскостопие
3-7 лет	Медиальный	5,31±0,46	5,25±0,49
	Латеральный	5,48±0,5	5,3±0,61
8-12 лет	Медиальный	4,43±0,5	4,52±0,5
	Латеральный	4,67±0,48	4,61±0,53
13-17 лет	Медиальный	3,97±0,31	3,86±0,45
	Латеральный	4,28±0,45*	3,98±0,51*

Примечание: * $p<0,001$

Анализ результатов показал, что как у здоровых детей, так и у пациентов с продольным плоскостопием 1 степени во всех возрастах толщина хряща латерального мыщелка бедренной кости превалировала над толщиной хряща над медиальным мыщелком. По нашему мнению, большая толщина хряща в латеральных отделах на фоне трансформации нижних конечностей из варусной в физиологически более выгодную вальгусную установку носит функционально – приспособительный характер.

Оценивая толщину хряща медиального мыщелка бедренной кости, мы не выявили статистически достоверных отличий во всех возрастных группах как у здоровых детей, так и у пациентов с плоскостопием. Однако мы наблюдали незначительное преобладание толщины хряща медиального мыщелка у здоровых детей в возрастных группах 3-7 лет и 13-17 лет, а в возрастной группе 8-12 лет мы, напротив, констатировали преобладание значений толщины медиального мыщелка бедренной кости у пациентов с плоскостопием.

В ходе анализа значений толщины хряща латерального мыщелка бедренной кости мы установили, что у пациентов с продольным плоскостопием 1 степени отмечалось достоверное снижение толщины хряща латерального мыщелка бедренной кости в возрастном периоде 13-17 лет ($p<0,001$), которое, на наш взгляд, связано с возрастающей компрессией суставных поверхностей, учитывая изменения со стороны стоп.

Расчет индекса симметричности толщины хряща мыщелков бедренной кости показал преобладание симметричного варианта

Репозиторий ГрГМУ

как у здоровых детей во всех возрастных группах: 79% – в 3-7 лет, 73,3% – в 8-12 лет, 68,7% – в 13-17 лет; так и у пациентов с продольным плоскостопием 1 степени: 89,5% – в 3-7 лет, 90,7% – в 8-12 лет, 88% – в 13-17 лет. Мы считаем, что симметричный вариант является более стабильным, обеспечивая адекватную биомеханику в коленном суставе, поскольку даже при возрастающей нагрузке на хрящ при плоскостопии изменения симметричности не наблюдается.

Литература

1. Лашковский, В.В. Диагностика ортопедической патологии стопы у детей и подростков: учеб.-метод. пособие / В.В. Лашковский. – Минск : Донарит, 2007. – 60 с.

2. Маркушев, В.М. Материалы о развитии коленного сустава человека (анатомо-рентгенологическое исследование) : автореф. дис. … канд. мед. наук : 14.00.02 / В.М. Маркушев; Башкир. Гос.мед. ин-т – Уфа, 1955. – 18 с.

3. Меркулов, В.Н. Особенности ультразвуковой диагностики внутрисуставных мягкотканных повреждений коленного сустава у детей и подростков / В.Н. Меркулов, В.Г. Салтыкова, Б.Г. Самбатов // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2008. – № 4. – С. 41–47.

4. Ратишвили, Г.И. Развитие коленного сустава у человека после рождения : автореф. дис. … канд. мед. наук :14.00.02 / Г.И. Ратишвили; Тбилис. Гос. Мед. ин-т. – Тбилиси, 1954. – 30 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ ОФИЦЕРОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАПАСА, К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ

Ивашин В.М., Прохоров И.И., Полуян И.А., Флюрик С.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема оценки текущего уровня индивидуального здоровья и контроля за его изменениями приобретает все более важное значение для населения в целом, но особенно для лиц, подверженных высоким психоэмоциональным и физическим нагрузкам, то есть студентов, обучающихся по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса [1].

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.

Репозиторий ГрГМУ

Актуальность. Адаптация в контексте военного образования [2] – 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 задолжностей 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 или исполнение служебных обязанностей в наряде, хорошие или удовлетворительные взаимоотношения с командирами.

3) адаптация в коллективе, в общении, которая характеризуется социометрическим статусом, позицией в учебной группе, участием (или неучастием) в конфликтах, стилем поведения в конфликтной ситуации.

Изучение функционального состояния организма студентов, обучающихся по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса, представляет актуальную в практическом отношении, но недостаточно разработанную научную проблему.

Цель работы: изучить в динамике в течение 2-х лет функциональное состояние организма студентов, обучающиеся по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса.

Задачи работы: оценить уровень адаптационных ресурсов организма студентов в условиях обучения на военной кафедре. Определить динамику уровня физического развития студентов.

Методы исследования: антропометрические, физиологические, статистические [2].

Результаты. Во втором полугодии 2011 года была сформирована и обследована опытная группа из 50 студентов 2-го курса, зачисленных на военную кафедру для обучения по программе подготовки офицеров запаса, в первом и втором полугодии 2012 года соответственно было проведено второе и третье обследование опытной группы.

В результате анкетирования студентов первого года обучения на военной кафедре у 6% студентов обнаружен низкий уровень адаптированности, у 68% – средний и у 26% – высокий.

Репозиторий ГрГМУ

Полученные результаты исследования показали наличие проблем адаптированности студентов 2-го курса всех факультетов к учебной деятельности, что вызвало необходимость в дальнейшем изучить наличие изменений функционального состояния их организма, сравнить уровень адаптационных ресурсов организма студентов зачисленных для обучения на военной кафедре по программе подготовки офицеров запаса и студентов на ней не обучающихся.

В результате дальнейших исследований получены базовые величины основных показателей антропометрического статуса, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, уровня физической подготовленности и психологического состояния студентов.

Анализируя данные, что при поступлении на военную кафедру около 20% студентов имели определенный стаж курения, 50% не регулярно занимались физической культурой, а через 1,5 года более 40% курящих избавились от своей пагубной привычки, количество студентов регулярно занимающихся спортом достигло 71%. При сравнительном анализе антропометрических показателей и показателей уровня физической подготовленности налицо увеличение силовых показателей, исходя из роста антропометрических данных при первом, втором и третьем обследовании студентов (объём грудной клетки, мышечная сила кистей, силовой индекс) и улучшения результатов бега на 100 м., бега на 1000 м, подтягивания на перекладине.

Так же результаты повторных исследований показали у студентов второго года обучения на военной кафедре по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса значительное повышение уровня адаптированности (26% – средний уровень адаптированности и 74% – высокий).

Выводы. Таким образом, ускорение процессов адаптации студентов к новому для них образу жизни и деятельности, исследование психологических особенностей психических состояний, возникающих в учебной деятельности на начальном этапе обучения, а также выявление психолого-педагогических условий оптимизации данного процесса - чрезвычайно важные задачи. От того, как долго по времени и по различным затратам происходит процесс адаптации, зависят текущие и предстоящие успехи студентов, процесс их профессионального становления.

Репозиторий ГГМУ

Достаточно быстрая адаптация студентов на военной кафедре к учебной деятельности, а так же улучшение показателей физического развития, уровня физической подготовленности с нашей точки зрения связаны с четким и последовательным выполнением учебной программы, высокой организацией учебно-воспитательного процесса на военной кафедре УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Литература

1. Баевский, Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.

2. Новиков, В.С. Методы исследования в физиологии военного труда / В. С. Новиков. – М.: Воениздат, 1993. – 37 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТИНАЛАМИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ

Ильина С.Н., Кринец Ж.М., Солодовникова Н.Г., Лоско А.В., Жагунь И.А., Покумейко В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Дистрофические заболевания сетчатки являются основными причинами слабовидения и слепоты. За последнее десятилетие отмечается существенный рост частоты данных заболеваний в молодом возрасте. Наиболее перспективной тенденцией в клинической медицине является появление новой группы препаратов – биогенных пептидов [1]. Ретиналамин как один из ярких представителей препаратов данной группы обладает тканеспецифическим действием на сетчатку глаза. В литературе обращается внимание на такие эффекты его, как нормализующее действие на проницаемость сосудов, уменьшение воспалительного реакции, стимуляция репаративных процессов, улучшение функционального взаимодействия пигментного эпителия и наружных сегментов фоторецепторов сетчатки, регуляция процессов метаболизма, стимуляция функций клеточных элементов сетчатой оболочки, усиление активности ретинальных макрофагов, выраженное протекторное действие в отношении сосудистого эндотелия, активация антиоксидантной защиты, восстановление световой чувствительности сетчатки [2-6].

Репозиторий ГрГМУ

Цель - изучить эффективность Ретиналамина при центральной хориоретинальной дистрофии сетчатки на фоне традиционной терапии.

Материал и методы. Нами было обследовано 23 человека (45 глаз) с центральной хориоретинальной дистрофией. Из них 14 больных (28 глаз) с экссудативной и 9 больных (17 глаз) с неэкссудативной формой. Возраст больных составил в среднем 56 лет. У 16 из них (69,6%) имелись диагностированные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали гипертоническая болезнь II ст., ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, сахарный диабет, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия. У 73,6% наблюдаемых больных были также диагностированы начальная и незрелая возрастная катаракта, первичная открытоугольная компенсированная глаукома.

Лечение включало парабульбарное введение 5 мг сухого вещества, растворенного в 1,0 мл 2% раствора новокаина в течение 10 дней ежедневно на фоне традиционного лечения: вит. B_6/B_{12} в/м № 10, актовегин 2,0 в/в № 10, пирацетам 5,0 в/в № 10, раствор глюкозы 40% - 10,0 с аскорбиновой кислотой 5% - 5,0 в/в № 10 и внутривенные инъекции эмоксипина 3% по 5 мл и парабульбарные инъекции дексазона 0,5 мл. С целью оценки эффективности лечения использовалась стандартная визометрия, периметрия, офтальмоскопия, до лечения, после окончания лечения (на 10-й день), а также спустя 1, 3 и 6 месяцев после проведенного курса. Все пациенты получили повторный 10-дневный курс лечения через 6 месяцев после первого курса.

Результаты. По окончании первого курса лечения острота зрения достигла 0,8-1,0 на 16 глазах (35,6%), 0,5-0,7 на 14 глазах (31,1%), 0,2-0,4 на 10 глазах (22,2%), 0,05-0,1 на 3 глазах (6,7%), 0,02-0,04 на 2 глазах (4,4%), остроты зрения ниже 0,02 не наблюдалось. Полученные результаты сохранялись приблизительно устойчиво в течение 3-6 месяцев. После повторного курса лечения (спустя 6 мес. после первого курса) также наблюдался положительный эффект. Острота зрения достигла 0,8-1,0 на 22 глазах (49%), 0,5-0,7 на 10 глазах (22,2%), 0,2-0,4 на 10 глазах (22,2%), 0,05-0,1 на 2 глазах (4,4%), 0,02-0,04 на 1 глазу (2,2%), остроты зрения ниже 0,02 не

Репозиторий ГрГМУ

наблюдалось. Более быстрое повышение остроты зрения (в среднем на 0,2) отмечалось при ранней стадии неэкссудативной формы ЦХРД у больных в возрасте до 60 лет. С увеличением возраста и выраженности дистрофических изменений в хориокапиллярах, мембране Бруха, пигментном эпителии сетчатки и фоторецепторах такой лечебный эффект был значительно менее выражен. Снижения остроты зрения не происходило. У всех больных зарегистрировано расширение суммарных границ поля зрения в среднем на 110-125°, количество скотом в стандартных точках снизилось в 2,5 раза. Улучшение офтальмоскопической картины наблюдалось при наличии геморрагий, отека в макулярной области. Так, в 66,8% случаев зарегистрировано частичное, а в 24,4% - полное рассасывание геморрагий. Только в 17,6% случаев не произошло значительных изменений в офтальмоскопической картине.

Выводы.

1. Ретиналамин является высокоэффективным препаратом в лечении «сухой» и «влажной» форм хориоретинальной дистрофии.

2. Наибольший эффект отмечался в ранней стадии ВМД неэкссудативной формы с преимущественными изменениями в ретинальном пигментном эпителии.

Литература

1. Применение цитомединов в офтальмологии / Ю.В. Налобнова [и др.] // Клин. офтальм. – 2003. – № 2. – С. 176-178.

2. Максимов, И.Б. Инволюционные центральные хориоретинальные дистрофии: применение пептидных биорегуляторов в комплексном лечении / И.Б. Максимов, Г.В. Анисимова // СПб. – 2002. – 88 с.

3. Максимов, И.Б. Применение препарата "ретиналамин" в офтальмологии / Максимов И.Б. [и др.]. – СПб., 2002. – 20 с.

4. Морозов, В.И. Цитамины (биорегуляторы клеточного обмена) / В.И. Морозов [и др.]. – СПб. – 2002.– 120 с.

5. Хавинсон, В.Х. Способ получения вещества, стимулирующего функцию сетчатки глаза: А.С. 1436305 СССР, МКИ А 61 К 35/44. – № 3899333/28-14; Заявк. 2105.85; Зарегистр. 08.07.88.

6. Хавинсон, В.Х. Влияние пептидов сетчатки на регенерацию нейрорецепторного аппарата глаза / В.Х. Хавинсон // Реактивность и регенерация тканей. – Л., 1990. – 5 с.

Репозиторий ГрГМУ

ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В г. ГРОДНО

Иодковский К.М., Бондарева О.И., Пыш В.В., Полякова А.И.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Введение. Профилактические осмотры в детском возрасте – это комплекс медицинских мероприятий, проводимых с целью раннего выявления заболеваний, нарушающих гармоничное развитие детского организма и направленных на устранение или нейтрализацию неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также повышение неспецифической резистентности организма [1].

Целью нашего исследования было изучение частоты выявляемой хирургической патологии у школьников г. Гродно и Гродненского района.

Материал и методы. Исследования проводились в период с 2006 г. по 2011 г. Массовые медицинские осмотры учащихся проводились силами врачей и фельдшеров школьных отделений, а также бригадами специалистов, включающих – хирурга, ларинголога, окулиста, невролога, гинеколога детских поликлиник № 1 и № 2.

Специализированному осмотру подлежали учащиеся 6, 9 и 11 классов средних и базовых школ г. Гродно и Гродненского района. Осмотры проводились по графику в течение учебного года. Осмотр учащихся остальных классов проводился врачами педиатрами и фельдшерами школ.

Результаты и их обсуждение. Всего осмотрами было охвачено 41 средняя школа г. Гродно и 24 школы Гродненского района, также осматривались 2 средние специальные школы-интерната для слабовидящих детей и детей с пониженным слухом и спецшкола-интернат д. Поречье. Всего за период с 2006 г. по 2011 г. было осмотрено 223 664 учащихся, из них специализированными бригадами 59 886 учащихся.

Из всех осмотренных детей патология распределилась следующим образом:

хирургическая патология – 50 542 чел. (22,6%);
ЛОР заболевания – 7 781 чел. (3,5%);

Репозиторий ГрГМУ

болезни нервной системы – 4 953 чел. (2,2%);
патология зрения – 45 784 чел. (20,5%);
болезни ССС – 8 947 чел. (4%);
болезни органов дыхания – 4 697 чел. (2,1%);
болезни органов пищеварения – 13 419 чел. (6%);
эндокринологическая патология – 8 052 чел. (3,6%);
патология речи – 8 499 чел. (3,8%);
заболевания других органов и систем – 7827 чел. (3,5%).

Анализируя структуру заболеваемости можно отметить, что доминирует у школьников хирургическая патология, на 2-м месте патология зрения, на 3-м месте болезни органов пищеварения. Таким образом, нарушение зрения, патология костно-мышечной системы (в частности сколиоз и нарушение осанки) относятся к так называемой «школьно-значимой» патологии, которая имеет тенденцию к росту с увеличением школьного стажа.

Среди хирургической патологии из 50542 (22,6%), хирургические заболевания, а это 4290 (1,9%) детей от всех осмотренных - грыжи различной локализации выявлены у 2416 (56,3% от всех хирургических заболеваний), доброкачественные образования кожи (невусы, гемангиомы, фибромы) у 1015 чел. (23,6%), у 859 (20,1%) выявлена другая хирургическая патология. Среди урологических заболеваний – 2492 (1,1%) от всех осмотренных: варикоцеле выявлено у 1925 (77,2%), водянка оболочек яичка, крипторхизм, фимоз, кисты придатков у 567 (22,8%) детей. Самую большую группу составили заболевания опорно-двигательного аппарата – (43 730 чел. - 19,5%), они разделились таким образом: нарушение осанки – 18229 (41,6%), плоскостопие – 14309 (32,7%), сколиоз – 11229 (25,6%).

После анализа выявленной патологии распределение по группам здоровья было следующим образом:

1 группа – здоровые дети – 28%;
2 группа – функциональные нарушения – 55%;
3 группа – хронические заболевания – 16%;
4 группа – дети-инвалиды – 1%.

Большинство выявляемых при профосмотрах заболеваний, таких как сколиоз, плоскостопие, варикоцеле, водянка оболочек яичка, грыжа, фимоз протекают без особых клинических проявлений и зачастую без субъективных жалоб, поэтому сами

Репозиторий ГрГМУ

больные, как и их родители, часто не замечают имеющихся отклонений.

Однако известно, что проблема мужского бесплодия тесно связана с патологией детского возраста и заболеванием вен семенного канатика. С этой проблемой связывают приблизительно 30% бездетных браков, с неопущением яичек (крипторхизмом) до 50% [2]. Наличие длительно не оперированных паховых грыж у девочек значительно увеличивает риск ущемления яичников и соответственно рост гинекологических заболеваний и бесплодия. Кроме того, для юношей полноценное медицинское обследование с диагностикой всех нарушений здоровья является необходимым условием для правильного проведения военно-врачебной экспертизы и определения годности к службе в армии.

Заключение. Главное назначение профилактических осмотров состоит в том, чтобы: во-первых, выделить из большой численности обучающихся тех, которые имеют функциональные и анатомические отклонения со стороны разных органов и систем; во-вторых, назначить лечение (коррекцию) выявленных отклонений; в-третьих, продолжить наблюдение за детьми, поскольку без планового динамического наблюдения многие заболевания детского возраста постоянно прогрессируют, развиваются осложнения со стороны других органов и систем, что в дальнейшем потребует больших затрат и более сложного лечения.

Литература

1. Куинджи, Н.Н. Профилактические осмотры детей в образовательных учреждениях 6 цели, реалии и пути решения проблемы / Н.Н. Куинджи., И.К. Рапопорт // Поликлиника, 2008. - № 1. - С. 16-19.

2. Пугачёв, А.Г. Детская урология: руководство для врачей / А.Г. Пугачёв. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 832 с.

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ

Иодковский К.М.

УО «Гродненский Государственный медицинский университет»

Актуальность. Варикоцеле является одной из самых распространенных хирургических патологий у детей. По средним

Репозиторий ГрГМУ

данным мировой статистики варикоцеле выявляется более чем у 16,2% обследованных детей и подростков [1]. Социальный аспект проблемы рассматривается с позиций влияния этого заболевания на репродуктивную способность мужчины. Доля варикоцеле в структуре причин мужского бесплодия составляет по разным оценкам от 9 до 40% и в 12% наблюдений приводит к атрофии яичка на стороне поражения [2]. По данным одних авторов среди мужчин, обращающихся в лечебное учреждение по поводу бесплодия: у 20-40% обнаруживается варикоцеле, т.е. в 2 раза чаще, чем во всей мужской популяции [3]. Также известно, что среди больных с варикоцеле, обратившихся по поводу бесплодия и не проходивших лечения, в дальнейшем оказываются плодовитыми [4].

Поэтому до сих пор продолжается дискуссия по вопросу: приводит ли лечение варикоцеле к повышению шанса естественного зачатия.

Материалы и методы. Мы хотим поделиться собственным опытом лечения варикоцеле у детей и подростков в клинике детской хирургии Гродненской детской областной клинической больницы.

Изучены результаты лечения 2662 больных, оперированных в 1991-2011 годах. Дети оперировались в возрасте 9-17 лет с варикоцеле 2-3 степени, 74,5% составили мальчики 14-15 лет. Операция Иванисевича выполнена у 863 (32,4%) мальчиков, способом Паломо – у 1327 (1342 операции, 50,4%) и лапароскопическая перевязка тестикулярных сосудов выполнена у 472 (17,7%). Рецидивы варикоцеле выявлены у 47 (1,8%) больных в сроки от 6 месяцев до 4 лет. У 11 (0,4%) варикоцеле было двусторонним, в 4 случаях (0,15%) правосторонним, а у остальных – левосторонним.

Результаты и обсуждение. Из 2662 больных, оперированных в клинике, сами обратились в поликлинику с жалобами на изменения в левой половине мошонки или на ее асимметрию только 109 (4,0%) пациентов, у остальных заболевание выявлено во время профилактических осмотров в школах и в небольшом проценте случаев во время призывных комиссий в военкомате.

Отсюда следует, что варикоцеле у детей в большинстве случаев протекает бессимптомно и выявляется на ранних стадиях

Репозиторий ГрГМУ

только во время профилактических осмотров.

Хирургическое лечение варикоцеле представлено большим количеством способов и модификаций. Как и большинство последователей, в нашей стране и за рубежом мы отдаем предпочтение операциям по методике Иванисевича (перевязка яичковой вены) или Паломо (перевязка яичковой вены и артерии). Особенностью наших операций является то, что если операция выполняется открытым способом, то после перевязки и пересечения сосудистого пучка, к косым мышцам живота подшивается дистальный конец пересеченных сосудов, которые выполняют роль связки, поддерживающей яичко. Операция Иванисевича выполнена у 863 больных, рецидивы наблюдались у 21 (2,4%) больного, гидроцеле – у 23 (2,6%). После операции Паломо из 1327 случаев рецидивы наблюдались у 17 (1,3%), гидроцеле – у 27 (2,0%) больных. В 7 (1,5%) случаях рецидивы варикоцеле появились после 472 лапароскопических операций. Следует отметить, что рецидивы чаще наблюдались после операции по методике Иванисевича, что согласуется с другими авторами. Многие авторы полагают, что верификация коммуникантных разветвлений тестикулярной вены, а также выявление артерий, нервов и лимфатических коллекторов облегчатся при использовании лапароскопического метода оперативного вмешательства. Возможность сохранения артериальных и лимфатических сосудов относится к очевидным достоинствам этого способа, поэтому с 2009 г. в нашей клинике варикоцеле оперируется только лапароскопическим методом. На основании нашего материала применение лапароскопической методики в лечении варикоцеле позволило снизить количество рецидивов, осложнений и уменьшить средний койко-день в 2 раза.

Заключение. Итак, лечебная тактика при варикоцеле у детей окончательно не определена. Если исходить из распространенной в литературе точки зрения о патологическом влиянии варикоцеле на фертильность у взрослых пациентов (до 40% пациентов с варикоцеле), то с профилактической точки зрения, для создания максимально благоприятных условий для сперматогенеза у мальчиков показано применение одного из видов хирургической коррекции.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Пугачев, А.Г. Детская урология: руководство для врачей / А.Г. Пугачев // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 832 с.

2. Евдокимов, В.В. Варикоцеле у детей и подростков / В.В. Евдокимов, А.Г. Пугачев, С.В. Захариков и др. // Урология, 2002. - № 4. - С. 43-46.

3. Горюнов, В.Г. Эффективность хирургической коррекции варикоцеле при нарушении фертильности мужчин / В.Г. Горюнов, Г.В. Тер-Аванесов, В.Н. Буров // Акушерство и гинекология, 1997. - № 3. - С. 33-36.

4. Годлевский, Д.Н. Сперматогенная функция яичек и кровоток при варикоцеле у детей и подростков / Д.Н. Годлевский // Автореф. дисс. канд. мед. наук. - М., 2003.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Иодковский К.М., Ковальчук В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В связи с успехами пренатальной диагностики проблема обструктивных уропатий в настоящее время приобретает все больше значение. Увеличение количества новорожденных с пороками развития мочевыделительной системы ставит перед детскими хирургами задачу раннего выявления и дифференцированного отбора детей для хирургической коррекции порока.

Вопросы выбора сроков выполнения оперативной коррекции крайне дискуссионны. Если до недавнего времени считалось, что диагностика гидронефроза в независимости от возраста – это необходимость выполнения оперативного вмешательства, то в настоящее время это положение оспаривается многими клиницистами. В первую очередь, это касается новорожденных и грудных детей.

Многие клиницисты крайне осторожны в выборе срока оперативного лечения гидронефроза у новорожденных и грудных детей, они рекомендуют проводить его не ранее 3-4 лет при полной убежденности в диагнозе. В то же время, другие являются сторонниками обязательного оперативного вмешательства у новорожденных и грудных детей [1, 2, 3].

При выраженном двустороннем гидронефрозе и при «закрытом» гидронефрозе со значительным нарушением

Репозиторий ГрГМУ

функции почек предпочтение отдают чрезкожной пункционной нефростомии под контролем ультразвукового исследования с последующим выполнением радикальной операции через 1,5-2 месяца. Радикальное оперативное вмешательство, выполненное после улучшения соматического состояния детей с врожденным гидронефрозом, обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода и улучшает результаты лечения [3].

В связи с этим на наш взгляд имеется объективная необходимость разработки оптимальной лечебной тактики при врожденном гидронефрозе детей раннего возраста. Мы хотим поделиться опытом хирургического лечения гидронефротической трансформации у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 83 детей с обструктивными уропатиями за 2007-2011 годы, лечившихся в хирургическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы. Мальчиков было 64 (77%), девочек – 19 (23%). Возраст детей с периода новорожденности до 2-х лет, из них до 1 месяца – 29, от 1 месяца – до 1 года – 49 и с года до 2 лет – 5.

Патология почек была выявлена антенатально у 60 пациентов (72,3%), у 15 (18,1%) в неонатальном периоде и у 8 (9,6%) при обследовании по поводу другого заболевания.

Результаты и обсуждение. После комплексного обследования гидронефроз выявлен у 42 (50,6%) детей, уретерогидронефроз – у 26 (31,3%), пиелоэктазия – у 20 (24,1%) пациентов. По данным лабораторных исследований, проведенных в родильном доме, инфекция мочевых путей наблюдалась у 8 детей. При поступлении в хирургическое отделение у 27 (32,5%) был вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, 17 (20,5%) детей поступили в стадии обострения хронического пиелонефрита, у 2 (2,4%) наблюдалась инфекция мочевых путей, у 28 (33,7%) пациентов наблюдалась анемия. Как видим из данных у более, чем половины детей, клинико-лабораторное состояние после выписки из родильного дома постепенно ухудшалось.

После комплексного рентгенологического и радиологического обследования (экскреторная урография, динамическая нефросцинтиграфия) 13 больным выполнено хирургическое лечение; уретеропиелопластика по Хайнесу-

Репозиторий ГрГМУ

Андерсону. 4 больным как I этап хирургического лечения декомпенсированного гидронефроза была выполнена пункционная нефростома под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). В эту группу вошли больные, у которых по данным эхографии диаметр лоханки был более 40 мм, расширены все группы чашечек, толщина паренхимы менее 4-6 мм, по данным экскреторной урографии и динамической нефросцинтиграфии функция почки была резко сниженной. После частичного восстановления функции почки в сроки 2-4 месяца после нефростомии производилась радикальная реконструктивно-восстановительная операция. Все дети выписаны с улучшением, под постоянное диспансерное наблюдение. Нефрэктомия не выполнялась ни в одном случае.

Заключение. Ранняя ультразвуковая диагностика очень важна для выявления пороков развития почек у плода. Смещение сроков диагностики на пренатальный этап помогает достичь лучших результатов в последующем предупреждении осложнений и лечении пороков мочевыделительной системы, что и подтверждается нашими клиническими данными, патология почек антенатально выявлена в 72,3% случаев. Дети, у которых пороки почек (связанные с расширением ЧЛС) были выявлены антенатально, нуждались в динамическом наблюдении после рождения и при присоединении инфекции или ухудшении функции почки стационарное обследование для решения вопроса о хирургической коррекции порока.

При гидронефрозе III степени с нарушением функции данной почки и сопутствующим пиелонефритом как 1 этап операции рекомендовано наложение пункционной нефростомы под УЗИ - контролем. Пункционная нефростома снижает внутрипочечное давление, присущее здоровой почке, что создаёт оптимальные условия для восстановления васкуляризации и улучшения функции поражённого органа.

Литература

1. Адаменко, О.Б. Врожденный гидронефроз у детей / О.Б. Адаменко // Детская хирургия, 2002. - № 4. - С. 21-24.

2. Гельд, В.Г. Гидронефроз новорожденных и грудных детей. Сочетанность и последовательность диагностических приемов / В.Г. Гельд, В.В. Ростовская // Детская хирургия, 2001. - № 4. - С. 21-24.

3. Эргашев, Б.Б. Лечебная тактика при врожденной обструкции пиелоуретрального сегмента у новорожденных и грудных детей / Б.Б. Эргашев, Н.Ш. Эргашев // Детская хирургия, 2003. - № 6. - С. 19-22.

Репозиторий ГрГМУ

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОДВИЖУЩЕЙ СИЛЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Каликина И.К.
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Ревматоидный артрит (РА) - наиболее распространенное заболевание, поражающее около 0,5-1% населения [2, 3, 13]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении РА: достижение длительных ремиссий, репараций костных эрозий под действием современной базисной и антицитокиновой терапии [7, 12], смертность больных РА выше, чем в общей популяции [5, 11]. В структуре летальности больных РА главное место занимают сердечно - сосудистые заболевания [5, 6, 14]. В 50% случаев причиной смерти больных РА является кардиальная патология.

Таким образом, задача лечения больных РА - не только контроль аутоиммунного процесса, но и предотвращение сердечно-сосудистой патологии. При проведении инструментальных методов обследования у больных РА выявляются нормальные размеры сердца и параметры сократимости [8, 15], крайне редко выявляются специфические изменения при динамическом электрокадиографическом (ЭКГ) наблюдении [1, 9, 15]. Таким образом, актуален поиск методов диагностики поражения сердца, имеющих достаточную чувствительность и специфичность.

Цель исследования – выявить особенности электродвижущей силы (ЭДС) сердца у больных РА.

Методы исследования. В исследование включены 30 человек с РА. Среди них 24 женщины (80%) и 6 мужчин (20%) возрастом от 21 до 55 лет, средний возраст составил 38±3,8 лет. Контрольную группу составили 30 человек, не имеющие кардиоваскулярной патологии и РА. Среди них было 18 женщин (60%) и 12 мужчин (40%). Возраст обследуемых в контрольной группе от 18 до 55 лет (36,5±2). Всем пациентам проведены ЭКГ и векторкардиографическое (ВКГ) исследование в 5 проекциях по И.Т. Акулиничеву на кардиодиагностическом комплексе МТМ-СКМ. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью системы Statistica 5.5. С целью оценки достоверности различий показателей опытной и контрольной групп

Репозиторий ГГМУ

использовали непараметрический критерий Манна – Уитни. Разницу считали достоверной при уровне $p<0,05$. Количественные показатели представлены в виде M±m.

Результаты и их обсуждение. При ЭКГ исследовании в группе больных РА было выявлено нарушение процессов реполяризации в области передней стенки левого желудочка (ЛЖ) у 6 больных (20%) и у 1 пациента – единичные желудочковые экстрасистолы. У остальных больных на ЭКГ признаков патологии не выявлено.

При векторном исследовании у 23 пациентов (76,6%) главный вектор в системе координат направлен вниз и влево, у 7 остальных (23,4%) наибольший вектор более заметно отклонен влево и несколько назад. Оба варианта расположения главного вектора являются нормой. Также было выявлено уменьшение площади петли QRS в 4 и 5 проекции ($p<0,001$) у 28 больных (93,3%) и сгущение отметок времени в области вектора конечного отклонения в 4 и 5 проекциях (у всех пациентов), в области вектора начального отклонения в 2 и 3 проекциях у 25 больных (83,3%), в конечной и начальной частях петли в 4 проекции ($p<0,01$) у 18 обследуемых (60%). Это свидетельствует о снижении ЭАС в области верхушки и базальных отделов желудочков с замедлением проведения возбуждения в указанных областях, а так же передней стенке ЛЖ, правых нижне-диафрагмальных отделах. Замедление проведения импульса по петле Т в 1 и 4 проекциях ($p<0,01$) выявлено у 22 больных РА (74%), при уменьшении углового расхождения QRS-T во 2 и 5 проекциях ($p<0,01$) указывает на нарушение процессов реполяризации в передней стенке и задне-боковой стенке ЛЖ, базальных отделах желудочков. Сгущение отметок времени по петлям Р во всех проекциях у 26 пациентов (86%) ($p<0,05$) отражает замедление проведения импульса по предсердным петлям в области задне-боковой стенки левого предсердия и задней стенки предсердий. Уменьшение углового расхождения петель QRS-P в 3 проекции у 17 больных (56,6%) свидетельствует о нарушении реполяризации в задних стенках предсердий.

Выводы. В ходе исследования у больных РА в желудочках и в предсердиях выявлены изменения электрической активности сердца, нарушения скоростных показателей и процессов

Репозиторий ГГМУ

реполяризации, не зарегистрированные на ЭКГ. Сопоставление данных ВКГ с показателями ЭКГ показало более высокую ее информативность, что позволяет оценить степень развития электронегативной ткани у пациентов с РА и тем самым является неинвазивным способом ранней диагностики кардиальной патологии. ВКГ позволяет получить максимально полную информацию об электрической активности сердца, на основании которой можно расширить диагностику патологических состояний миокарда, его электрофизиологических свойств у больных РА. Применение ВКГ как дополнительного метода обследования пациентов с РА позволяет своевременно выявить доклиническую кардиальную патологию и перевести ее в группу контролируемых состояний.

Литература

1. Акулиничев, И.Т. Практические вопросы векторкардиографии / И.Т. Акулиничев. - М.: Наука, 1960 - 87 - 95 с.

2. Балабанова, Р.М. Ревматические болезни: руководство по внутренним болезням / Р.М. Балабанова, В.А. Насонова, Н.В. Бунчук. - М.: Медицина, 1997. – С. 257-295.

3. Беневоленская, Л.И. Эпидемиология ревматических заболеваний / Л.И. Беневоленская, М.М. Бржезовский. - М.: Медицина, 1988. - 115 с.

4. Гасилин, В.С. Векторкардиография / В.С. Гасилин. - Куйбышев, 1963 - 102 с.

5. Каневская, М.З. Варианты прогрессирования и исходы ревматоидного артрита (по результатам 25-летнего проспективного исследования).: дисс. д-ра мед. наук / М.З. Каневская. - М. - 1999 - 276 с.

6. Насонов, Е.Л. Кардиоваскулярные проблемы в ревматологии / Е.Л. Насонов, Т.В. Попкова // Научно-практическая ревматология. - 2004. - № 4. - С. 4-8.

7. Насонова, В.А. Ревматические болезни / В.А. Насонова, Н.В. Бунчук. - М.: Медицина, 1997. - 589 с.

8. Тартаковский, М.Б. Основы клинической векторкардиографии / Л., 1964. - 434 с.

9. Титомир, Л.И. Неинвазивная электрокардиотопография / Л.И Титомир, В.Г. Трунов, Э.А. Айду. - М.: Наука, 2003. - 198 с.

10. Титомир, Л.И. Электрический генератор сердца / Титомир Л.И. - М. – 1980 - 391 с.

11. Bely M. Cardiac changes in rheumatoid arthritis. / M. Bely, A. Apathy, E. Beke-Martos // Acta Morphol. Hung. - 1992. - Vol. 40. - № 4. - P. 149-86.

12. Myasoedova E. Total Cholesterol and LDL levels decrease before rheumatoid arthritis / E. Myasoedova // Annals of the Rheumatic Diseases. - 2009. - Vol. 68. - P. 1602-1620.

13. Gabriel, S.E. The epidemiology of rheumatoid arthritis. / S.E. Gabriel // Rheum. Dis. Clin. North. Am. - 2001. - Vol. 27. - № 2. - P. 269-81.

14. Goodson N. Coronary artery disease and rheumatoid arthritis. / N. Goodson // Curr. Opin. Rheumatol. - 2002. - Mar. - Vol. 14. - № 2. - P. 115-200.

15. R. Krzyminiewski. High resolution vectorcardiogram / R. Krzyminiewski, G. Panek // Journal of Medical Physics. - 1999. - № 24. - P. 181-185.

Репозиторий ГрГМУ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АТОМНО-СИЛОВОЙ МИКРОСОПИИ ДЛЯ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

Капитулец С.П.[1], Жавнерко Г.К.[2], Капитулец Н.Н.[1], Парибок И.В.[2], Ничипорук О.И.[1], Полещук Н.Н.[1], Докукина Т.В.[3]
ГУ «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии»[1], Минск
ГНУ «Институт химии новых материалов НАН Беларуси»[2]
ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»[3]

Прионные болезни, *син.* – трансмиссивные губкообразные энцефалопатии, включают большую группу нейродегенеративных инфекций человека и животных со схожими патогенетическими характеристиками, прогрессирующей дегенерацией нейронов, спонгиозом серого вещества мозга на фоне амилоидоза и выраженного астроглиоза, с неизбежным летальным исходом. Заболевания отличаются длительным инкубационным периодом: от нескольких месяцев до десятков лет. После проявления клинических неврологических симптомов (деменции, развития парезов и др.) летальный исход, как правило, наступает в течение нескольких месяцев. Постановка клинического диагноза болезни остается весьма сложной, а его верификация осуществляется только на аутопсийном материале посмертно. Серологическая диагностика болезней ограничена отсутствием воспалительных реакций и иммунного ответа на инфекцию. Прижизненная диагностика также не разработана.

Цель - разработать и апробировать способ прижизненного выявления патологической формы прионного белка PrP^d (коррелят инфекционности) у пациентов с дегенеративным поражением мозга на основе метода атомно-силовой микроскопии (АСМ).

Методы исследования. АСМ-анализ проводили на локально-активированных кремневых подложках с помощью микроскопа Nanoscope IIIa (Veeco, США), оборудованного «D-сканером» в контактном режиме (contact mode). Были использованы контактные 100- и 200-мкм кантилеверы «Nanoprobe» из Si_3N_4 с константой упругости 0,12 и 0,36 N/m [1].

Репозиторий ГГМУ

Исследовали лимфоциты периферической крови (ЛПК), спинномозговую жидкость (СМЖ) и аутопсии мозга (АМ) от 6 пациентов с диагнозом болезнь Альцгеймера (БА), 2 – болезнь Крейтцфельдта-Якоба (БКЯ), 2 –амиотрофический лейкоспонгиоз (АЛ), 1 – сосудистая деменция, 3 – с другими дегенеративными заболеваниями неустановленной этиологии. В качестве положительного контроля использовали ЛПК и АМ от 4 сирийских золотистых хомяков с экспериментальной инфекцией скрепи, штамм 263 К. Отрицательным контролем служили ЛПК 3 здоровых доноров, ЛПК и АМ 4 интактных животных.

В опытах использовали коммерческие анти-PrP моноклональные антитела (МАТ) 3F4 (Sigma) и 6H4 (Prionix), имеющие сродство ко всем видам прионных белков человека и млекопитающих, а также МАТ 6А5, 7F7, 2С8 и 9С12, (пр-во Института вирусологии РАМН, РФ) и их различные комбинации.

Результаты и обсуждение. Нами предложены и апробированы 2 способа управляемой фиксации аномальной протеазоустойчивой изоформы прионного белка PrP^d (d – disease) с молекулярной массой приблизительно 27-30 кДа (PrP 27-30), полученной после протеолитической обработки анализируемой биопробы протеиназой К. Способы основаны на адсорбции PrP 27-30 на заданных участках поверхности кремния с нанесенными микроконтактной печатью полосами бычьего сывороточного альбумина (БСА). Активация подложки обеспечивается иммобилизацией в промежутки полос БСА специфических анти-PrP МАТ (способ 1) или непосредственной адсорбцией PrP 27-30 из биопробы (способ 2). Визуализация результатов специфического взаимодействия типа «антиген-антитело» проводится АСМ [2, 3]. При этом топография немодифицированных участков БСА служит поверхностью сравнения для оценки размеров анализируемых иммунокомплексов (комплекс МАТ+PrP 27-30).

Анализ АСМ-изображений положительных образцов, обработанных протеиназой К (100 мкг/мл, 1 ч, 45^0С), показал, что после специфического взаимодействия с анти-PrP МАТ уровни высот полос с образованными иммунокомплексами изменяются относительно контрольных полос БСА в сторону повышения. После активации кремневой поверхности анти-PrP МАТ с последующим нанесением на подложки биологических проб с PrP

Репозиторий ГрГМУ

27-30, содержащих неактивный фермент (способ 1), и инкубацией во влажной камере в течение 1 ч при 37°С превышение высоты образованных иммунокомплексов над полосами интактного БСА (белок сравнения) составило в среднем 2,8-4,6 нм. В случае прямого нанесения биопробы, содержащей активный фермент, на подложки кремния с микроконтактной печатью БСА (способ 2) происходит полное ферментативное переваривание всех чувствительных к протеиназе К белков, находящихся на подложке, иммобилизация PrP 27-30 в промежутки между деградированными полосами БСА и повышение уровня высот анализируемых иммунокомплексов в среднем на 21,6-38,7 нм. Иммобилизации PrP 27-30 и анти-PrP МАТ на полосы БСА не отмечено. Количество иммунокомплексов увеличивалось обратно пропорционально кратности разведения биопробы. Использование в опытах нескольких анти-PrP МАТ позволяло существенно увеличить чувствительность и специфичность АСМ.

Наивысший положительный сигнал при АСМ-детекции специфических комплексов МАТ+PrP27-30 отмечен при анализе ЛПК, СМЖ и АМ пациентов с БКЯ и АЛ (100% положительных результатов). Результаты коррелировали с данными АСМ-анализа ЛПК и АМ положительных контрольных образцов от лабораторных животных с экспериментальным скрепи.

Использование данного подхода обеспечило выявление низких концентраций PrP27-30 в ЛПК и СМЖ у пациентов с БА (в 33,3% проб) и при других нейродегенеративных заболеваниях (33,3%). У здоровых доноров и интактных животных образование специфических иммунокомплексов не выявлено.

Таким образом, метод АСМ на локально-активированной поверхности в нашей модификации позволяет детектировать сверхнизкие концентрации патологического прионного белка PrP 27-30 в биопробах от пациентов с прогрессирующей нейродегенеративной патологией. Полученные данные позволяют предлагать АСМ для проведения скрининга среди пациентов с психическими расстройствами с целью ранней детекции PrP27-30 и мониторинга развития инфекционного дегенеративного процесса.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Капитулец С.П., Жавнерко Г.К., Парибок И.В. и др. Управляемая фиксация конформационно-измененных белков на локально активированной поверхности кремния при нейродегенеративных заболеваниях человека // Современные проблемы инфекционной патологии человека: Сб. науч. тр. Вып. 4 / РНПЦ эпидемиологии и микробиологии, Минск, Белпринт. – 2011. – С. 186-193.

2. Жавнерко Г.К., Капитулец С.П., Парибок И.В. и др. Способ обнаружения аномальной протеазоустойчивой формы прионного белка (PrP^d) при трансмиссивных губкообразных энцефалопатиях человека и животных // Заявка на пат. Респ. Беларусь, МПК7 / заявитель Ин-т химии новых материалов НАН Беларуси − № a20110013; заявл. 04.01.2011; опубл. 30.08.2012. // Афіцыйны бюлетэнь / Нацыянальны цэнтр інтэлектуальнай уласнасці. – 2012. – № 4. – С. 34.

3. Капитулец С.П., Жавнерко Г.К., Капитулец Н.Н. и др. Способ прижизненного обнаружения компонента PrP 27-30 патогенной формы прионного белка при церебральных амилоидозах // Заявка на пат. Респ. Беларусь, МПК 7 / заявитель РНПЦ эпидемиологии и микробиологии − № a20121529; заявл. 02.11.2012.

ПОВЕРХНОСТНЫЕ АНТИГЕНЫ LEPTOSPIRA INTERROGANS И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА

Капитулец С.П., Ничипорук О.И., Капитулец Н.Н., Фидаров Ф.М.
ГУ «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии», Минск

Гематогенная диссеминация лептоспир с поражением жизненно важных органов, включая мозг, печень, легкие и почки, определяет возможность изучения иммунореактивных белков, экспрессирующихся последовательно in vivo, которые являются мишенями для гуморального иммунного ответа и служат детерминантами патогенеза при лептоспирозе.

Цель - изучить роль поверхностных антигенов в развитии гуморального иммунного ответа при лептоспирозе и оценить их диагностическое значение

Методы исследования. В работе использовали диагностические штаммы 7 серогрупп L.interrogans: Australis, шт. Еж №1; Canicola, шт. Каширский; Grippotyphosa, шт. Москва-5, Hebdomadis, шт. Свояцек; Icterohaemorragiae, шт. М-20; Pomona, шт. Pomona; Tarassovi, шт. Перепелицин. Штаммы получены из музея НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, Москва, РФ. Лептоспиры культивировали в жидкой питательной среде Терских, содержащей 5% кроличью инактивированную

Репозиторий ГрГМУ

сыворотку. Посевная доза $2x10^7 – 5x10^7$ кл/мл.

Антигенные препараты лептоспир получали из 10-дневных монокультур путем центрифугирования микробосодержащей среды (2000 об/мин, 15 мин, 10000 об/мин, 15 мин) и 3-х кратного «замораживания-оттаивания» бактерий с последующей обработкой ультразвуком при 35 кГц и акустической мощности до 100 кВт/см^2 в течение 1 мин, трехкратно. Полученные ультразвуковые дезинтегранты центрифугировали при 2000 об/мин 10 мин. Концентрацию белка в надосадочной жидкости определяли спектрофотометрически при длине волны 280 нм.

Электрофорез в 12% полиакриламидном геле (ЭФ в ПААГ) и иммунный блоттинг (ИБ) проводили по стандартным методикам в нашей модификации [1].

Методом ИБ исследовали 32 сыворотки крови, из которых 15 сывороток (группа 1) были получены от пациентов с лабораторно и клинически подтвержденным диагнозом лептоспироз: 6 сывороток были отобраны в острую фазу на 3-10 день от начала болезни, 9 сывороток – в фазу реконвалесценции спустя 11-35 дней болезни. Парные сыворотки для исследования были получены от 3 пациентов с интервалом 8-15 дней. Вторую группу составили 5 сывороток пациентов с клиническими симптомами, не исключающими лептоспироз, но серологически негативными. В третью и четвертую группы вошли сыворотки от пациентов с диагнозом ОРЗ (2), гепатит В (2), герпес (2), хламидиоз (2) (всего 8) и здоровых доноров (4) соответственно. Положительные сыворотки были получены из Республиканского и Минского областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в течение 2005-2012 гг.

Результаты и обсуждение. Методом ЭФ в ПААГ изучены электрофоретические профили и молекулярные массы (М.м.) доминантных белков лептоспир. Незначительный полиморфизм в подвижности у лептоспир исследованных серогрупп отмечен лишь для белков с М.м. 37, 45, 48 и 58 килодальтон (кДа).

На иммунных блотах у пациентов с лептоспирозом (группа 1) выявлено более 10 доминантных иммунореактивных полос с М.м. 14-18 кДа, 19-23 кДа, 24-30 кДа, 31 кДа, 32 кДа, 37 кДа, 41/42 кДа, 45 кДа, 48 кДа, 54 кДа, 62 кДа, 70 кДа, 76 кДа, 82 кДа и др. В IgG-ИБ выраженный гуморальный ответ против этих

Репозиторий ГрГМУ

антигенов наблюдали постоянно, независимо от того, были ли получены сыворотки от пациентов, находившихся в острой фазе или в фазе реконвалесценции. Наоборот, иммунный IgM-ответ при лептоспирозе отмечали чаще против низкомолекулярных антигенов, представленных, в основном, лептоспирозными липополисахаридами с М.м. 14-18, 19-23 и 24-30 кДа в виде диффузных полос вне зависимости от фазы болезни.

IgG-ответ у пациентов с лептоспирозом характеризовался выраженной гетерогенностью. В острой фазе болезни в 33,3-50% сывороток IgG-антитела выявлены против 2 мажорных наружных мембранных липопротеинов LipL32 (32 кДа) и LipL41 (41 кДа), и белка-шаперона GroEL (62 кДа). В сыворотках реконвалесцентов эти показатели повышались до 88,9% (8/9), 77,8 % (7/9) и 77,8% (7/9) соответственно. В парных сыворотках у пациентов с лептоспирозом отмечена сероконверсия в отношении реактивности к LipL32 и LipL41 в 66,7% (2/3), и только в 33,3% – к GroEL (1/3). Анти-32 кДа IgG-антитела были выявлены в 3 из 5 (60%) сывороток пациентов с возможным лептоспирозом (группа 2) и у одного пациента с гепатитом В (группа 3), но отсутствовали в сыворотках здоровых доноров (группа 4). Анти-41 кДа IgG-ответ также выявлен в 60% сывороток группы 2, но не отмечен в группах 3 и 4. Напротив, анти-62 кДа IgG-ответ был менее специфичным и достигал 40% и 35,5% реактивности в группах 2 и 3 соответственно.

В IgG-ИБ существенная, хотя и менее унифицированная иммунореактивность в сыворотках острой фазы и в сыворотках реконвалесцентов наблюдалась против второй группы антигенов, которые включали p37, p45, p48, p76, и p82 кДа (16,7-33,4% и 22,2-55,6% соответственно). В заведомо отрицательных сыворотках (группы 3 и 4) реактивность против каждого из этих пяти антигенов не превышала 25%.

Таким образом, установлено, что среди подтвержденных случаев лептоспироза IgG-ответ против белков L.interrogans обычно наблюдается к лептоспирозным антигенам в диапазоне М.м. 32 – 82 кДа, причем мажорные полосы отмечены для 4-х белков: LipL32, LipL41, GroEL и p82. IgM-ответ к лептоспирозным антигенам в сыворотках пациентов с установленным диагнозом отмечен для липополисахаридов с

Репозиторий ГрГМУ

М.м. от 14 до 24 кДа и белков с М.м. 25 кДа, LipL32, LipL41. Эти антигены не выявлены в заведомо отрицательных сыворотках.

Результаты настоящего исследования служат основой для развития новых стратегий для серодиагностики лептоспироза. Полученные результаты свидетельствуют о высоком потенциале метода иммунного блоттинга для быстрой, простой и точной диагностики лептоспироза как на ранних сроках инфекции, так и верификации диагноза у реконвалесцентов.

Литература

1. Капитулец С.П., Ничипорук О.И., Капитулец Н.Н., Фидаров Ф.М. Гуморальный ответ против иммунореактивных антигенов при лептоспирозе человека, выявляемый методом иммунного блоттинга // Здравоохранение. – 2012. – № 11. – С. 39-44.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ДОИ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ РЕСПУБЛИКАНСКИХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каравай А.В.[1]*, Угляница К.Н.*[1]*, Лагун Ю.Я.*[1]*, Кеда В.В.*[2]*, Муринов А.В.*[2]*, Миклашевич Ф.С.*[2]*, Кожан Т.В.*[2]*, Гузаевский Ю.Н.*[2]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»[2]

Проблема онкологических заболеваний остается приоритетной для современного общества. Ведущая роль в причинах смертности от онкологических заболеваний по-прежнему принадлежит опухолям органов желудочно-кишечного тракта. В последнее время колоректальный рак является широко распространенной в мире патологией. Данные современной онкологической статистики свидетельствуют, что в мире каждый год регистрируются около 600 000 новых случаев рака толстой кишки, а практически 300 000 пациентов умирает [1, 2]. По прогнозам абсолютное число случаев колоректального рака в мире в следующие два десятилетия увеличится в результате роста населения в целом и его старения как в развитых, так и в развивающихся странах [3]. Наиболее высокие уровни заболеваемости регистрируются в США, странах Западной Европы [4]. В Республике Беларусь в течение последних

Репозиторий ГрГМУ

десятилетий также отмечается рост заболеваемости раком прямой и ободочной кишки, которая в 2010 г. составила 19,0 и 22,4 на 100 000 населения соответственно [3, 5].

Целью данной работы был анализ одногодичной летальности при колоректальном раке до и после внедрения в практику Республиканских протоколов диагностики и лечения онкологических заболеваний (2004), а также характеристика основных методов специального лечения у этих пациентов.

Нами были проанализированы амбулаторные карты 1 077 пациентов, состоявших на учете в Гродненском ООД по поводу колоректального рака и умерших в 2003-2006 годах. Рак ободочной кишки был установлен в 667 случаях, рак прямой - у 410 пациентов. Пациенты были разделены на 2 группы: взятые на диспансерный учет до 2004 года (562 человека) и после 2004 года (515 человек). Значимых различий по возрасту и половому признаку в указанных группах не выявлено.

До внедрения в практику протоколов общее число пациентов с раком ободочной кишки составило 307 человек, из них в течение года умерло 178 человек (58%). Причиной смерти в анализируемой группе в 89% случаев было прогрессирование рака и в 11% другие причины. В случаях смерти от рака проводилось в 53,5% пациентам проводилось хирургическое лечение в различном объеме, 0,6% заболевших получили лучевую терапию, комбинированное лечение выполнено в 7,5% и в 1,3% - комплексное лечение. 37,1% первичных пациенто из-за распространенности процесса получили только симптоматическое лечение.

После внедрения в практику протоколов общее число пациентов раком ободочной кишки составило 360 человек. В течение первого года с момента установления диагноза умерло 205 человек (56,9%). Причиной смерти в данной группе в 86,8% случаев было прогрессирование рака, в 13,2% смерть наступила в результате других причин. Среди умерших от рака различные варианты хирургического лечения выполнены у 46% пациентов, в 1,1% наблюдений проведена лучевая терапия, химиотерапия, чаще в адъювантом режиме, проведена у 4% пациентов, комбинированное - в 1,1%. В 40,5% случаев лечение было лишь симптоматическим.

Репозиторий ГрГМУ

Среди 255 пациентов, взятых на учет до 2004 года с верифицированным диагнозом рака прямой кишки, одногодичная летальность составила 43,1%, что в 1,3 раза вышеодногодичной летальности среди пациентов, взятых на диспансерный учет после 2004 года (31,6%). Непосредственной причиной смерти было прогрессирование опухолевого процесса у 67,3% пациентов первой группы и 71,7% - у второй.

Анализируя основные методы специального лечения, применяемые в терапии указанных пациентов, установлено следующее: после внедрения протоколов увеличилась доля радикальных оперативных вмешательств во второй группе по сравнению с первой (хирургическое лечение проведено у 33,3% и 18,2% пациентов соответственно). В тоже время во второй группе уменьшилось количество пациентов, у которых лучевая терапия была единственным методом специального лечения (28,3% против 35,2%). Практически в 2 раза чаще после внедрения в работу протоколов использовалась комбинированная терапия. Надо отметить, что химиотерапия в режиме монотерапии, либо как компонента комплексного лечения, в группе пациентов, взятых на диспансерный учет до внедрения протоколов, по нашим данным, не использовалась. Обращает на себя внимание и такой факт, что после введения протоколов количество пациентов, которым проводилась только симптоматическая терапия, было в два раза меньше, чем до их внедрения в практику. Это свидетельствует о расширении показаний к использованию при колоректальном раке методов специального лечения как с радикальной, так и паллиативной целью.

Таким образом, внедрение в практику Республиканских протоколов диагностики и лечения онкологических заболеваний в 2004 позволило практически в два раза снизить одногодичную летальность при раке прямой кишки в основном благодаря более широкому и активному использованию комплексных и комбинированных методов лечения новообразований.

Литература

1. Гарин, А.М. Рак толстой кишки (современное состояние проблемы) / А.М. Гарин // - М., 1998.

2. Cancerstatistics, 2008 / A. Jernal [etal.] // CAcancerJClin. – 2008. – Vol. 58. – P. 71–96.

Репозиторий ГрГМУ

3. Залуцкий, И.В. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И.В. Залуцкий, Ю.И. Аверкин, Н.А. Артемова, А.А. Машевский. – Минск: Зорныверасень, 2006. – С. 59-68.

4. GreenleeR.T., Hill-HarmonM.B., MurrayT., ThunM. CancerStatistics. – 2001. – Ca: CancerJClin. - 2001. - 51, № 1. – P. 15-36.

5. Поляков, С.М. Злокачественные новообразования в Беларуси 1999–2008 / С.М. Поляков, Л.Ф.Левин, Н.Г. Шебеко, О.Ф. Щербина; под редакцией И.В. Малаховой, И.В. Залуцкого. – Минск: РНПЦ МТ, 2009. – с. 205.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЗЖЕЧКА 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ

Карнюшко О.А., Зиматкин С.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Синдром холестаза представляет собой нарушение оттока желчи в 12-перстную кишку и сопровождается поступлением компонентов желчи в кровь. Эта патология отрицательно сказывается на структуре и функции всех отделов нервной системы. Чем длительнее холестаз, тем сильнее повреждения в структурах нейронов и нейроглии и более выражена неврологическая симптоматика.

Цель работы - исследование влияния подпеченочного холестаза матери, вызванного на 17 сутки беременности, на морфофункциональное становление структур коры мозжечка различного филогенетического возраста, а также нейронов промежуточных ядер мозжечка у потомства.

Исследование было проведено на 15-суточных крысятах, массой 20,0±5,0 г. Крысята опытной группы были получены от самок, которым на 17 сутки беременности осуществляли лигирование общего желчного протока. Крысята контрольной группы были получены от самок с лапаротомией на 17 сутки беременности без перевязки общего желчного протока. Под эфирным наркозом животных декапитировали, затем извлекали мозжечок и фиксировали в жидкости Карнуа. Далее материал заключали в парафин с последующим изготовлением срезов толщиной 10 мкм. Полученные срезы окрашивали раствором

Репозиторий ГрГМУ

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, полученные данные обрабатывались статистически. В филогенетически старом и новом отделах коры мозжечка измеряли толщину слоев коры, количество, размеры и форму перикарионов клеток Пуркинье и их ядер, а также нейронов промежуточных ядер мозжечка. Подсчитывали плотность расположения нейронов и клеток глии на единицу площади ($1мм^2$) в этих же ядрах мозжечка. Для оценки возможных нарушений развития потомства определяли созревание сенсорно-двигательных рефлексов (переворачивание крысят на плоскости, отрицательный геотаксис и избегание обрыва) [1].

В *результате исследования* выявлено статистически достоверное увеличение толщины наружного зернистого слоя в палеоцеребеллюме у крысят опытной группы в сравнении с контролем на 19% (p=0,01). Толщина молекулярного и внутреннего зернистого слоев коры мозжечка, а так же количество клеток Пуркинье у крысят контрольной и опытной групп, как в палео- так и неоцеребеллюме, статистически значимо не отличалось. При сравнении размеров клеток Пуркинье в палеоцеребеллюме у опытных животных наблюдается значительное уменьшение площади перикарионов на 21% (p=0,02), уменьшение площади ядер на 9,5% (p=0,05), и увеличение ядерно-цитоплазматического отношения на 19,5% (p=0,03). В неоцеребеллюме также обнаружено достоверное уменьшение площади перикарионов на 21% (p=0,01) и ядер на 12% (p=0,01), этих нейронов и увеличение ядерно-цитоплазматического отношения на 18,3% (p=0,01). У 15-суточных крысят контрольной и опытной групп клетки Пуркинье округлой или овальной формы расположены в один ряд между молекулярным и зернистым слоями коры мозжечка. Цитоплазма нейронов четко окрашивается по методу Ниссля. В центре перикариона контурируется более светлое округлое или овальное ядро с крупным ядрышком, расположенным несколько эксцентрично. Встречаются только нормохромные клетки

Репозиторий ГрГМУ

Пуркинье. У опытных крысят перикарионы грушевидных нейронов более погружены в зернистый слой, тела клеток-зерен плотно прилегают к клеткам Пуркинье, а дендрит начинается на уровне границы молекулярного и зернистого слоев. В этих же отделах коры мозжечка форма перикарионов клеток Пуркинье статистически значимо не отличалась у контрольных и опытных крысят: форм-фактор и фактор элонгации составил соответственно 0,84 и 1,3-1,4. У контрольных и опытных животных не выявлено статистически значимой разницы в плотности расположения нейронов и клеток глии на 1 $мм^2$ в промежуточных ядрах. При сравнении размеров нейронов в переднем промежуточном ядре у опытных животных наблюдается тенденция к уменьшению площади перикарионов на 11% ($p=0,06$), уменьшение площади ядер на 9,7% ($p=0,02$). Форма этих нейронов статистически достоверно отличалась у контрольных и опытных крысят: форм-фактор составил 0,83 и 0,85 ($p<0,05$), фактор элонгации составил соответственно 1,45 и 1,37. В нейронах заднего промежуточного ядра обнаружено уменьшение площади перикарионов на 9% ($p=0,02$), тенденция к уменьшению площади их ядер на 8% ($p=0,08$). В этих же нейронах форма статистически значимо не отличалась у контрольных и опытных крысят: форм-фактор составил 0,88, фактор элонгации составил соответственно 1,23 и 1,24. Ядерно-цитоплазматическое отношение в нейронах промежуточных ядер статистически достоверно не отличалось.

Установлено статистически достоверное отставание в сроках формирования сенсорно-двигательных рефлексов у потомства опытной группы в сравнении с контрольной. Рефлекс «переворачивание на плоскости» был сформирован в контрольной группе на 3 день постнатального развития, в опытной - на 4 день ($p=0,001$), «отрицательный геотаксис» в контрольной группе - на 8 день, в опытной - на 10 день ($p=0,005$), а также рефлекс «избегание обрыва» в контрольной группе - на 9 день, в опытной - на 11день ($p=0,005$).

Таким образом, у потомства крыс с холестазом, вызванным на 17-сутки беременности, происходит замедление роста перикарионов клеток Пуркинье в разных филогенетических

Репозиторий ГрГМУ

отделах коры мозжечка и перикарионов нейронов в промежуточных ядрах мозжечка. У этих же животных выявлено существенное отставание сенсорно-двигательного развития.

Литература

1. Зарайская, И.Ю. Развитийная батарея тестов как метод исследования особенностей развития поведения в гнездовом периоде у грызунов / И.Ю. Зарайская, Е.А. Александрова, К.В. Анохин // «Поведение и поведенческая экология млекопитающих»: Материалы научной конференции. - Москва, 2005. - С. 260-261.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНОМЕТРИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА.

Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Панько С.В, Вакулич Д.С., Журбенко Г.А., Игнатюк А.Н.
УЗ «Брестская областная больница», Брест

Актуальность. Манометрия является «золотым стандартом» в диагностике заболеваний пищевода, вызывающих нарушение его моторики. Исследование предоставляет точные количественные и качественные данные характеризующие внутрипросветное давление, координацию и моторику мышц пищевода на уровне нижнего пищеводного сфинктера, тела и верхнего сфинктера пищевода.

Развитие лапароскопической хирургии вызвало повышенный интерес к внутрипищеводной и желудочной манометрии, как к методу не только верификации диагноза, но и методу оценки результатов лечения. Исследование проводится у пациентов с симптомами имеющими связь с патологией пищевода: диспепсия, дисфагия, одинофагия, некоронарогенный (некардиальный) болевой синдром в груди, а так же у пациентов перед проведением антирефлюксных операций.

Цель работы - оценить результаты выполнения внутрипищеводной манометрии в диагностике функциональной и органической патологии пищевода и пищеводно-желудочного перехода.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с августа 2012 по апрель 2013 года обследовано 29 пациентов с патологией пищевода и нижнего пищеводного сфинктера (НПС). Исследование проводилось при

Репозиторий ГрГМУ

помощи восьмиканального воднoперфузионного катетера. В качестве регистрирующего устройства служил измеритель давления в желудочно-кишечном тракте и других полостях организма человека ИДД 8 «Гастроскан-Д». Для обработки данных использовался персональный компьютер с программным обеспечением «Гастроскан-Д». Результаты исследования сохранялись в базе данных «Гастроэнтерология».

Результаты. Возраст обследуемых колебался от 19 до 62 лет (средний составил 42,5 года). Перед исследованием за 24 часа отменялись медикаменты, способные повлиять на моторику пищевода и тонус НПС (нитраты, прокинетики, блокаторы протонной помпы, Н2-блокаторы и др.)

Исследование проводилось натощак в положении лёжа. Катетер вводился в пищевод трансназально после орошения полости носа спреем с лидокаином. Внутрипищеводная манометрия преследовала решение двух задач: 1. манометрия нижнего пищеводного сфинктера (определялось расположение НПС (расстояние до НПС от входа в наружный носовой проход) и общая длина НПС, измерялось давление покоя и оценивалось его расслабление в процессе глотания небольшого количества (5 мл) воды (процент расслабления, остаточное давление, длительность расслабления); 2. манометрия тела пищевода (измерелась амплитуда, длительности и скорость сокращений).

В группе из 8 пациентов с клиникой дисфагии у 5 был подтвержден диагноз ахалазии кардии, у 1 – эзофагоспазм, у 2 имелась рубцовая стриктура нижнегрудного отдела пищевода. Для пациентов с ахалазией характерен гипертонус НПС (более 35 мм рт. ст.), отсутствие полного расслабления при глотании (степень расслабления менее 60%) и снижение амплитуды или полное отсутствие пищеводной перистальтики. При эзофагоспазме – удлинение сокращений, наличие ретроградных сокращений, перемежающая перистальтика. Рубцовые стриктуры проявлялись повышенным давление покоя НПС>45 мм рт.ст. и неполным расслаблением НПС, когда остаточное давление составляло более 8 мм рт.ст.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 1 - Показатели при исследовании НПС

Параметр	Норма	Ахалазия	Недоста-точность НПС	После эзофагофун-дорафии
Давление покоя НПС	6-25 мм рт.ст	37,3-43,5 мм.рт.ст.	8,3-18,2 мм.рт.ст	9,4-24,2 мм.рт.ст
Длительность расслабления НПС	5-10 с	8,2-21,5 с	9,3	5,3-12,4 с
Расслабление НПС	Более 90%	11,4-56,2%	89,2-93,6%	81,0-99,5%
Остаточное давление	менее 8 мм рт. ст.	8,3-9,0 мм.рт.ст.	0,8-2,7 мм.рт.ст.	3,7-6,7 мм.рт.ст.
Расположение НПС	38-48 см	43-45 см	35-39 см	39-46 см

У 11 пациентов с недостаточностью НПС при ГЭРБ (двоим пациентам исследование проведено до и после операции) нижний пищеводный сфинктер располагался на расстоянии от 35 до 39 см, что свидетельствовало об укорочении пищевода. Отмечалось низкое (от 8,3 мм.рт.ст.) или нормальное (до 20 мм.рт.ст.) давление покоя НПС.

В группе из 9 пациентов после лапароскопической клапанной эзофагофундопликации зона высокого давления находилась на расстоянии 39-46 см от резцов, что свидетельствовало о низведении пищевода в зону более высокого внутрибрюшного давления, отмечалась нормализация давления покоя нижнего пищеводного сфинктера (в пределах 20-24,2 мм.рт.ст), нормализовалось остаточное давление (до 7-9 мм.рт.ст) и процент расслабления.

Таблица 2 - Показатели моторики пищевода

Точка записи	Влажный глоток			
	Амплитуда, мм рт.ст.		Длительность, с	
	Норма	ахалазия	норма	Ахалазия
18 см выше НПС	30-180	13-29	3-8	3,2-7,3
13 см выше НПС	30-180	19-35	3-8	5,2-7,5
8 см выше НПС	30-180	16-32	3-8	4,8-7,8
3 см выше НПС	30-180	17- 22	3-8	4,5-6,7
Средняя треть	30-180	22-27	3-8	5,3-7,3

Репозиторий ГрГМУ

Выводы. Результаты, полученные при выполнении внутрипищеводной манометрии, позволили во всех случаях не только выявить имеющиеся моторные нарушения в зоне нижнего пищеводного сфинктера и тела пищевода, но и установить степень их выраженности.

Литература

1. Бордин Д.С. Методика проведения и клиническое значение манометрии пищевода / Бордин Д.С., Валитова Э.Р., под ред. д.м.н., проф. Л.Б. Лазебника. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009, - 24 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.
УЗ «Брестская областная больница» г. Брест

Актуальность темы. В хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) наибольшее распространение на сегодняшний день получили фундопликации по Nissen, Toupet и Dor [1], а также модификации: floppy-Nissen, Nissen-Rozetty, Fekete-Toupet [2]. Успешные отдалённые результаты их применения получены по данным различных авторов примерно у 85% прооперированных [5].

Однако формирование манжеты вокруг пищевода по методу Nissen в отдалённом послеоперационном периоде может привести в 20% случаев к развитию дисфагии [6]. Оценка отдалённых результатов фундопликации Toupet показывает наличие у 5-9% пациентов умеренной изжоги, у 5% - выраженной изжоги [3, 4].

Цель работы - оценить отдалённые результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы с использованием лапароскопической клапанной эзофагофундопликации.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с апреля 2012 года по апрель 2013 года по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы было прооперировано 49 пациентов. Использовалась методика

Репозиторий ГрГМУ

лапароскопической клапанной эзофагофундопликации (*Приоритетная справка по заявке на изобретение в НЦИС РБ № а 20120935*). Среди прооперированных было 11 мужчин и 38 женщин в возрасте от 36 до 72 лет.

По ходу операции производили мобилизацию пищевода, кардии и дна желудка. При этом появляющееся свободное позадипищеводное пространство позволяло беспрепятственно выполнить крурорафию и сформировать острый угол Гиса по задней стенке абдоминального отдела пищевода. Антирефлюксный эффект операции достигался за счёт формирования по задней и левой боковой стенкам абдоминального отдела пищевода острого угла Гиса. При этом повышенное давление, создаваемое рефлюктатом в области дна и газового пузыря желудка, воздействует на 90° заднее - левой окружности пищевода. Обязательным условием является фиксация абдоминального отдела пищевода и дна желудка к ножкам диафрагмы. В сформированном антирефлюксном механизме 260°-270° окружности абдоминального отдела пищевода остаются свободными.

Оценку отдалённых результатов лечения производили в сроки от 4 до 6 месяцев после операции. Осуществляли письменное анкетирование с использованием модифицированных анкет – опросников GERD-Q и GERD-HRQL, Velanovich. На стационарном этапе выполняли сутоную pH – метрию, внутрипищеводную манометрию, полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка, РКТ ОГК с зондом Блэкмора.

Результаты. Оценка отдалённых результатов хирургического лечения путём письменного анкетирования проведена у 23 пациентов, которые были прооперированы с апреля 2012 года по ноябрь 2013. Было получено 20 ответов. В 16 случаях анкетирование показало положительный эффект после операции. Пациенты были удовлетворены качеством жизни, хотя при анкетировании этих же пациентов до операции во всех случаях отмечена неудовлетворённость качеством жизни. В одном случае на 10 сутки пациенту была выполнена лапаротомия, спленэктомия по поводу двухмоментного разрыва селезёнки. В 3 случаях пациенты отмечали наличие осложнений

Репозиторий ГрГМУ

после операции в виде: болей, вздутия живота – в 1 случае и послабления стула до 3-7 раз в сутки – в 2 случаях. Данные осложнения мы связываем с травмированием стволов блуждающих нервов по ходу мобилизации и абдоминизации пищевода.

В настоящее время 5 пациентам после операции выполнена внутрипищеводная манометрия, показавшая во всех случаях наличие зоны высокого давления до 15 мм. вод. ст. на 38-42 см от края резцов, что соответствует нормальному расположению зоны пищеводно – желудочного перехода. 7 пациентам выполнена суточная pH – метрия. При этом в 5 случаях интегральный показатель De Mister находился в пределах нормы – ниже 14,75. В двух случаях показатель De Mister составил 51,3 и 21,5, но без наличия у обследуемых клинических проявлений рефлюксной болезни и с отмеченным ими положительным эффектом после выполненной операции.

Выводы.

1. Лапароскопические вмешательства, восстанавливающие угол Гиса могут быть операциями выбора у пациентов с ГЭРБ и ГПОД.

2. Использование описанного механизма фундопликации в отличие от формирования манжеты исключает развитие дисфагии и значительно снижает риск рецидива в послеопрационном периоде.

3. Методика операции, исключающая повреждение стволов блуждающих нервов, улучшит отдалённые результаты лечения.

Литература

1. Пучков, К.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы / К.В. Пучков, В.В. Филимонов. - Москва: Медпрактика. - 2003. - С. 70.

2. Фомин, П.Д. Неопухолевые заболевания пищевода /П.Д. Фомин, В.В. Грубник. - Москва: Бизнес-Интеллект. - 2008. - С. 61-193.

3. Furnee, E.J. Surgical reintervention after antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease. A prospective cohort study in 130 patients / E.J. Furnee [et al.] // Arch. Surg. - 2008. - Vol. 143, № 3. - P. 267-274.

4. Liu, J.Y. Late outcomes after laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux / J.Y. Liu [et al.] // Arch. Surg. - 2002. - Vol. 137. - P. 397-401.

5. Soper, N.J. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery / N.J. Soper // Ann. Surg. - 1999. - Vol. 22. - P. 669-677.

6. Watson, D.I. Multicenter , prospective, doble-blind, randomized trial of laparoscopic Nissen vs. anterior 90 partial fundoplication / N.J. Soper [et al.] // Arch. Surg. - 2004. - Vol. 139. - P. 1160-1167.

Репозиторий ГрГМУ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Карчевский А.А., Русак Е.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Эпидемиологические и клинические исследования последних лет свидетельствуют о высокой распространенности и постоянном росте частоты болезней органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Необходимость проведения неоднократного лечения и обследования с применением инвазивных методов, соблюдения ограничений в питании, физической и эмоциональной нагрузке, упорные течения обострений делают данные заболевания в настоящее время одной из главных проблем в педиатрии и детской гастроэнтерологии. Обилие производных мезенхимы в строении многих органов ЖКТ обусловливает закономерности их поражения при нарушениях структурно-функциональных компонентов соединительной ткани, которые активно участвуют в воспалительных, деструктивных и защитных процессах при различных хронических патологических состояниях [1].

Диагностика хронических заболеваний ЖКТ достаточна трудна и дорогостояща. Несмотря на большое количество новых диагностических тестов практикующему врачу в ряде случаев не удается добиться удовлетворительных результатов. Критерием выбора метода диагностики может служить критерий качества жизни (КЖ) больного [2]. Определение КЖ первоначально было введено как социологическая категория, которая отражает многообразие условий жизни и служит для оценки степени удовлетворения потребностей человека, не поддающихся прямому количественному измерению. Критерий КЖ используют для определения эффективности лечения в медицинских программах, для определения преимуществ метода лечения при равноценных эффектах. Улучшение КЖ после проведенной терапии служит оптимальным критерием в выборе именно такой лечебной тактики. КЖ может служить показателем, на основе которого возможна разработка программ, мониторинг состояния здоровья пациента после проведенного лечения в ранние и отдаленные сроки.

Репозиторий ГрГМУ

Наиболее распространенными в медицине являются специальные опросники, которые применяются для оценки КЖ у больных тем или иным заболеванием. Опросник GSRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale) разработан отделом изучения КЖ в ASTRAHassle (автор – I. Wiklund, 1998) и используется для оценки КЖ больных желудочно-кишечными заболеваниями [3]. Русскоязычная версия опросника GSRS была создана также исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. Она была апробирована при изучении КЖ 2000 жителей Санкт-Петербурга. Российская версия специального гастроэнтерологического опросника GSRS является надежной, валидной и чувствительной. Она может быть использована при проведении популяционных исследований КЖ в гастроэнтерологии у жителей СНГ.

Целью исследования было выявить различия качества жизни у детей с хронической патологией гастродуоденальной зоны с недифференцированной дисплазией соединительной ткани и без дисплазии.

Было обследовано 40 пациентов в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст составил 13,6 лет), 42,5% мальчиков и 57,5% девочек, получавших лечение на базе УЗ «ГОДКБ». Исследование включало сбор жалоб, анамнеза, клинический осмотр, проведение лабораторно-инструментальных исследований. Диагностика дисплазии соединительной ткани (ДСТ) осуществлялась на основании фенотипических критериев Т. Милковска-Димитровой. Качество жизни оценивались с помощью опросника GSRS, состоящего из 15 вопросов, разбитых на 5 блоков (синдром абдоминальных боль, рефлюкс-синдром, синдром запоров, синдром диареи, диспепсический синдром), каждый вопрос оценивался от 1 до 7 баллов; качество жизни оценивалось как более худшее прямо пропорционально количеству набранных баллов. Обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 6.0. Все пациенты были разделены на две группы: 1-я основная группа (n=26) – пациенты с хроническим гастродуоденитом на фоне ДСТ, 2-я группа сравнения (n=14) – пациенты без дисплазии.

Пациенты с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта на фоне дисплазии соединительной ткани

Репозиторий ГрГМУ

оценивали в среднем своё качество жизни хуже (29,8 баллов), чем пациенты без дисплазии (25,9 баллов), ($p<0,05$). Так в отношении абдоминальной боли данный показатель составил в основной группе 6,2 против группы сравнения 5,8, но без достоверной разницы. Показатели рефлюкс-синдрома и диареи сильно не отличались между собой в двух исследуемых группах (в первой группе рефлюкс-синдром и синдром диареи составил 5,1 и 4,6, а во второй группе 5,6 и 4,5 соответственно, $p>0,05$). Относительно диспепсического синдрома тут наблюдалось достоверное увеличение этого показателя в группе детей с хроническими заболеваниями пилородуоденальной зоны 8,7 против 7,1 ($p<0,05$). Похожая ситуация оказалась и при синдроме запоров: у детей основной группы данный показатель составил 5,6 против 4,1 у пациентов из группы сравнения ($p<0,05$).

Таким образом, у детей с хроническими гастродуоденитами наблюдается выраженное снижение качества жизни. Однако наиболее существенное снижение наблюдается у детей с этими заболеваниями на фоне мезенхимальной дисплазии соединительной ткани по диспепсическому синдрому и синдрому запоров.

Литература

1. Нечаева, Г.И. Патология органов пищеварения у пациентов с дисплазией соединительной ткани / Г.И. Нечаева, Е.А. Лялюкова, Н.Н. Мекина // Казахский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88, № 5.

2. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС» Звездный мир, 2002. – 320 с.

3. Quality of life during acute and intermittent of gastroesophageal reflux disease with omeprazol compared with ranitidine. Results from a multicentreclinical trial. The European Study Group / Wiklund I. [et al.] // Ital. J. GastroenterolHepatol. – 1998. – Vol. 30, № 1. – P. 19-27.

МАТЕРИНСТВО В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Качук Н.В., Гарбуз С.А., Гутикова Л.В.
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Материнство в школьном возрасте - это проблема и семьи, и школы. В то же время, недостаточно изученным остается вопрос о взаимосвязи психоэмоционального

Репозиторий ГрГМУ

статуса юной беременной на течение беременности, родов и послеродового периода [1].

Цель - изучение особенностей анамнестических данных, течения беременности, родов и послеродового периода у юных женщин для разработки оптимальных методов ведения гестации, родоразрешения и профилактики осложнений.

Методы исследования. Изучены анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода у 66 юных мам, родоразрешенных в перинатальном центре в течение последних 5-и лет (2007-2012 годы). Для сравнения нами было сформировано две группы: контрольная – 34 пациентки, беременность которых протекала без осложнений, и основная – 32 родильницы с осложненным течением беременности. Оценивая особенности течения родов, рассмотрены следующие показатели: срок наступления родов, предлежание плода, способ родоразрешения, кровопотеря в родах [1]. В послеродовом периоде всем юным родильницам дополнительно к обязательному клиническому обследованию проводилось клинико-психологическое изучение эмоционально-психической сферы [2]. Использовались стандартные методики: САН (самочувствие, активность, настроение), тест Спилбергера-Ханина (уровень личностной и ситуационной тревоги), тест Зунга (глубина депрессии).

Результаты. На момент госпитализации в ПЦ 68% пациенток состояли в браке, 22% готовились к вступлению в брак, и 6 родильниц скрывали факт беременности и отца ребенка не указывали. 87,8% пациенток имели незаконченное среднее образование. Следует отметить, что только 9 женщин не имели нарушений в соматическом статусе. Отягощенный гинекологический анамнез имели 10% женщин. По паритету беременности у 60 женщин беременность первая, у 6 - 2. Роды у всех первые.

Проанализировав сформированные группы, были получены следующие данные: в контрольной группе все юные беременные на момент госпитализации состояли в браке, встали на учет по беременности до 12 недель – 50%, до 22 недель – 35%, и 15% в более поздние сроки. В этой группе все беременные наблюдались у психотерапевта: 50% в условиях женской консультации, 30%

Репозиторий ГрГМУ

посещали школу молодой матери, и 20% пациенток прошли подготовку к родам с участием психотерапевта в ПЦ. Все пациентки из этой группы родили в срок. В основной группе из 32 юных беременных у 16 пациенток имела место угроза прерывания беременности. Гестоз имел место у 4 женщин; многоводие у 1 пациентки; ФПН – у 7 , анемию беременных имели 10 пациенток. В этой группе на учет по беременности до 12 недель встали только 5%, до 22 недель – 45%, и 44% в более поздние сроки, а 2 пациентки не состояли на учете. Состояли в браке 34,3% пациенток, готовились к регистрации брака 47% беременных и 18,7% не называли отца ребенка. Консультированы психотерапевтом только 15%, причем 9% уже перед родами в ПЦ. Преждевременно родили 15% пациенток этой группы. Причиной преждевременных родов явилась психоэмоциональная нагрузка. У 64 беременных было головное предлежание плода, у 2 пациенток – тазовое.

У 60 женщин роды протекали естественным способом (91%). Две юные роженицы родоразрешены в плановом порядке путем операции кесарево сечение по причине тазового предлежания плода. У 4 беременных кесарево сечение выполнено по экстренным показаниям, причем у 3 из основной группы. Объем кровопотери у большинства пациенток не превысил физиологического.

У 78% женщин послеродовый период протекал без осложнений, у 18% женщин была постгеморрагическая анемия, у 4% родильниц имела место субъинвалюция матки. 88% обследуемых женщин имели нарушения эмоциональной сферы различной степени выраженности. Необходимо отметить, что астеноневротические жалобы (слабость, вялость, утомляемость, нарушение сна, раздражительность) были зафиксированы у всех женщин в послеродовом периоде. Клинически психоэмоциональные нарушения распределились следующим образом: жалобы фобического характера (тревога, напряжение, различные страхи, в том числе страх за своё здоровье и здоровье ребёнка) – 49 женщин, что составило 74% от всех юных родильниц. Из них 15% родильниц высказывали страх общения с ребёнком – это 10 пациенток из основной группы. Жалобы депрессивного характера (подавленность, плаксивость, плохое

Репозиторий ГрГМУ

настроение) выявлены у 25% родильниц, все они из основной группы. У 12% родильниц эмоциональные нарушения отличалась минимальной выраженностью (контрольная группа).

Выводы.

1. Пациентки, беременность у которых наступила в школьном возрасте, должны быть с момента взятия на учет отнесены к группе высокого психоэмоционального риска, консультироваться совместно с мужем (родителями) у психотерапевта.

2. При ведении данного контингента беременных необходимо соблюдение преемственности оказания акушерской гинекологической помощи и психоэмоциональной поддержки. Оптимальным является как можно более ранняя явка беременной в женскую консультацию, совместное наблюдение акушером гинекологом и психотерапевтом, совместно с партнером обязательное посещение занятий в школе молодой матери.

3. Необходима дородовая госпитализация не менее чем за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.

Литература

1.Герасимович Г.И. Акушерство: учебное пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высшего медицинского образования. / Г.И. Герасимович. – Мн.: Беларусь, 2004. - С. 669-725.

2.Уолен С. Рационально-эмотивная психотерапия / С. Уолен, Р.Д. Гусепп, Р. Уэсслер: пер. с англ. М.: Институт Гуманитарных Знаний, 1997. - 257 с.

ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН И РОЖДЕННЫХ ИМИ ДЕТЕЙ

Кашевник Т.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время одной из важнейших медико-социальных проблем, актуальных для Республики Беларусь, является ВИЧ-инфекция. Наметившийся рост гетеросексуального компонента в передаче ВИЧ, изменение соотношения мужчин и женщин среди вновь выявленных случаев, вовлечение в эпидпроцесс женщин активного репродуктивного возраста (17-30 лет) ведет к увеличению числа беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин [1].

Репозиторий ГрГМУ

Количество ВИЧ-инфицированных в РБ продолжает расти. По состоянию на 01.01.2013 года в Республике Беларусь зарегистрировано 14178 случаев ВИЧ-инфекции. Подавляющее большинство больных - молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет. За период с 1987 по 01.01.2013 г. в Беларуси ВИЧ-инфицированными матерями рождено 2012 детей, диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден у 214 из них. Проблема профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку стоит наиболее остро, так как 90-95% детей инфицируется вертикальным путем [3]. Без профилактических мероприятий риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания достигает 35-40% [4], профилактические мероприятия снижают риск перинатальной трансмиссии ВИЧ до 2% [2, 5, 6].

Цель исследования. Установить основные эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у ВИЧ-инфицированных женщин Гродненского региона и рожденных ими детей; оценить эффективность проведения профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.

Методы исследования. Ретроспективный анализ медицинской документации ВИЧ-позитивных женщин и рожденных ими детей, проживающих в Гродненской области.

Результаты и обсуждение. За период с 1996 по 01.05.13 года в Гродненской области у 85 ВИЧ-инфицированных женщин зарегистрировано 112 беременностей, из них повторно беременных было 21 (24,7%). Среди беременных сохранено 86 беременностей у 75 женщин или 76,8%, прервано на ранних сроках 26 (23,2%) беременностей. За время наблюдения ВИЧ-позитивными матерями рождено 88 детей.

По возрастным группам ВИЧ-позитивные беременные распределились: до 20 лет – 12 (14,1%) женщин, 21-25 лет – 40 (47,1%), 26-30 лет – 21 (24,7%), 31 и старше – 12 (14,1%). Средний возраст ВИЧ-инфицированных беременных составил 24,2±4,32 лет. Семейный статус: замужем были 48 женщин (56,5%), не замужем – 37 (43,5%). Инфицирование половым путем произошло у 69 (81,2%) женщин, в результате употребления парентеральных наркотиков – 16 (18,8%).

ВИЧ-инфекция диагностирована до беременности у 32 женщин (37,6%), впервые во время беременности у 46 женщин

Репозиторий ГрГМУ

(54,1%), при обследовании после родов – у 7 (8.3%).

На диспансерном учете в связи с беременностью находились 78 (91,8%) женщин, не наблюдались – 7 (8,2%). Полный курс антиретровирусной профилактики (АРП) получали 68 (79,1%) пар (мать-дитя), экстренную профилактику в родах – 4 (4,6%). У 14 (16,3%) женщин по ряду причин (несвоевременная диагностика ВИЧ-инфекции из-за поздней явки беременной в женскую консультацию, диагностика после родов, низкий комплаенс и др.) АРП не проводилась. Кесаревым сечением родоразрешены 46 (53,5%) женщин, у 42 (91,3%) из них дети не были инфицированы. Из 88 рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами детей (ВИЧ-экспонированных) при последующем обследовании ВИЧ-инфекция выявлена у 10 (11,36%), из них только в 2 случаях проводилась АРП перинатальной трансмиссии ВИЧ. Большинство ВИЧ-экспонированных детей – 46 (52,27%) воспитываются в полных семьях. Под опекой родственников находится 4 (4,5%) детей, на государственном обеспечении – 6 (6,7%) детей.

Выводы. Приведенные результаты исследования показывают, что большинство ВИЧ-инфицированных женщин заражаются ВИЧ половым путем, диагноз в большинстве случаев верифицируется впервые при постановке на диспансерный учет по беременности. Среди ВИЧ-позитивных беременных преобладают женщины в возрасте от 20 до 30 лет. Большинство беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин сохраняется.

Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ у родивших женщин проводилась в 83,7% случаев, из них полная профилактика – в 79,6%, превалирующий путь родоразрешения – кесарево сечение.

Среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, преобладает группа «здоровых». В 8 из 10 случаев врожденной ВИЧ-инфекции не проводилась профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ в связи с установлением ВИЧ-статуса матери после родов или отсутствием диспансерного наблюдения по беременности. При проведении профилактических мероприятий реализация вертикального пути передачи ВИЧ составила 2,8%.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Мелешко, Л.А. Эпидситуация по ВИЧ/СПИДу в Республике Беларусь / Л.А. Мелешко, С.В. Сергеенко // Медицинские знания. – 2006. – № 5. – С. 6-8.

2. Садовникова, В.Н. Организационно-методические вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку / В.Н. Садовникова [и др.] //Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. – 2008. – № 1. – С. 18-27.

3. Садовникова, В.Н. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рожденных ими детей / В.Н. Садовникова [и др.] // Эпидемиология инфекционных болезней.-2010.- № 1. - С. 8-13.

4. Foster, C.J. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 / C.J. Foster, E.G.H. Lyall //PaediatricsandChildHealth. – 2007. –Vol. 17, Is. 4. – P. 126-131.

5. Kowalska, A. Effect of antiretroviral therapy on pregnancy outcome in HIV-1 positive women /A. Kowalska [et al.] // Med WiekuRozwoj. – 2003.–Vol. 7 (4 Pt 1). – P. 459-468.

6. Lehtovirta, P. Pregnancy outcome among HIV-infected women in the Helsinki metropolitan area / P. Lehtovirta [et al.] // Acta Obstetriciaet Gynecologica Scandinavica. - 2005.–Vol. 84, Is. 10. - P. 945.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЮНГИАНСКИЕ АРХЕТИПЫ

Каяло И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В связи с современными тенденциями в медицине и психологии все большую актуальность приобретает юнгианская теория архетипов, в которых обобщен эмоциональный и познавательный опыт, представленный, как правило, в мифологических символах. Целью данной статьи является исследование взаимосвязи психосоматической медицины и архитипической модели и понятия коллективного бессознательного, разработанных К. Г. Юнгом. В соответствии с целью работы были поставлены следующие задачи: выявить причины возникновения понятия коллективного бессознательного, проследить его актуализацию в мифах, определить понятие архетипа и выявить взаимосвязь психосоматики с теорией Юнга.

Психосоматическая медицина в современном понимании является методом лечения и наукой о взаимоотношениях психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой.

Она возникла в 20-е годы XXI столетия как реакция на механическую ограниченность классической естественнонаучной

Репозиторий ГрГМУ

медицины, на ее одностороннее органоцентрическое восприятие болезни, которое отрывает человека от окружающего мира. Психосоматика рассматривает человека как целостность, личность, а не просто как биологическое тело, со своей жизненной судьбой и конкретной жизненной ситуацией.

В 1943 г. была опубликована одна из ведущих работ психосоматического направления, написанная совместно интернистом и психиатром, - монография А. Вейса и О. Инглиша «Психосоматическая медицина». В качестве эпиграфа к ней фигурирует цитата из Платона: «Величайшая ошибка наших дней - это то, что врачи отделяют душу от тела». Углубляя этот тезис, они пишут о том, что всякий врач, какого бы он профиля ни был, должен иметь дополнительную специальность: он должен уметь разбираться в особенностях личности больного и это умение должен применять при лечении как острых, так и хронических страданий.

Предметом психосоматического интереса является физическое и, особенно, психосоциальное бытие человека. В этом плане психосоматика имеет много общего с теорией архетипов К. Г. Юнга, которая также возникла как реакция на одностороннюю материалистическую тенденцию развития западной цивилизации.

Исходную схему психосоматическая медицина заимствовала у Фрейда – его известное представление об энергии примитивных влечений, стремящихся к выражению в эффекторике, но встречающих на пути своего осуществления контролирующие факторы психического порядка. Однако, если Фрейд рассматривал только личностные комплексы скрытых мыслей и желаний, Юнг писал о коллективном бессознательном и архетипах, являющихся источником мифологии, религии, искусства и оказывающие воздействие на целые народы и исторические эпохи. Юнг обратился к этой мифологии, стремясь показать пациентам сверхличные силы судьбы, сделавшие их больными, понимать и лечить их реальные проблемы.

Для Юнга органы и их функции представляют собой тонкие, реальные, символические образования, место которых могут занимать сходные им по сути структуры; анатомические границы и функциональные структуры становятся нечеткими, а

Репозиторий ГрГМУ

соотношения величин могут быть какими угодно.

Понятие коллективного бессознательного как «объективной и коллективной души», выведенное Юнгом, не является ни философским построением, ни религиозной догмой; это попытка, хотя порой и довольно примитивная, представить точную картину внутреннего мира души и ее взаимосвязей с внешним материальным миром вокруг нас.

Юнг открыл этот новый мир, внимательно изучая сновидения, которые описывали его пациенты, а затем, соотнося эти рассказы с похожими темами, которые находил в сказках, мифологии, искусстве и культуре всех народов мира.

Например, Вергилий в своей известной поэме «Энеида» описывает странствия Энея, который прижизненно оказался в царстве мертвых, и опыт этого прикосновения к смерти с тех пор вошел в его жизнь: Эней понял будущее величие Рима, великолепие Августа, он видел всю мощь грядущей империи и то священное место, где герой должен основать Город [2]. Но здесь есть еще один мотив. Активизация архаической психики может быть опасна для душевного здоровья личности и имеет своим страшным следствием безумие, распад под действием хаотических сил структуры макро- и микрокосмоса. Эней становится хтоническим существом, безумие владеет им, и он совершает убийства.

На основании вышеизложенного, можно сделать следующие выводы: подход Юнга и, соответственно, его высказывания имеют непосредственное отношение к психосоматической медицине. Психосоматика предполагает, что больного человека следует рассматривать как существо, живущее и действующее, со всеми его межчеловеческими отношениями и взаимодействиями с миром, с его культурными нормами и ценностями. Современный психолог-медик все чаще обнаруживает интерес к мифологическим символам, которые происходят из бессознательных содержаний психического и представляют множество вариаций основных архетипов. Они представляют собой отражение постоянно повторяющегося опыта человечества и могут быть прослежены до своих истоков, которые мы встречаем в самых древних записях у первобытных обществ.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.

2. Вергилий П. М. Собрание сочинений / П. М. Вергилий. – СПб.: Биографический институт «Студия Биографика», 1994. – 478 с.

3. Юнг К. Г. Психогенез умственных расстройств. [Электронный ресурс]. URL: http://jungland.ru/node/1848 (дата обращения: 19.05.2013).

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРООПЕРИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Кириленко В.П., Касько Л.П.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г. Минск

УЗ «Родильный дом Минской области»

Миома матки самая распространенная опухоль, которая встречается у женщин репродуктивного возраста и имеет тенденцию к омоложению. По различным данным у женщин старше 30 лет ее встречаемость составляет до 50% случаев, по нашим данным в возрасте от 20-30 лет она выявляется в 22% случаев. Чаще всего миома формируется из мышечных элементов гладкой мускулатуры матки и имеет доброкачественное течение. Узлы при макроскопическом исследовании представляют собой овоидной формы образования, плотные и белесоватые на цвет, при этом могут достигать гигантских размеров.

Проведен ретроспективный годовой анализ 206 историй прооперированных женщин в I гинекологическом отделении Родильного дома Минской области по поводу миомы матки. Установлено, что субтотальная гистерэктомия выполнена у 72 женщин из них у 17 (23,6%) в возрасте от 20-45 лет. Экстирпация матки выполнена 134 женщинам у 36 (26,8%) пациенток в том же возрастном промежутке.

С позиции демографической ситуации, последующего комфорта жизни самих женщин проведение таких операций становится непозволительным и диктует необходимость выполнения щадящих операций, направленных на сохранение органа матки и репродуктивной функции.

Репозиторий ГрГМУ

Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии БелМАПО была выполнена абдоминальная миомэктомия у 54 пациенток. На основании данных анамнеза, выполненного объема оперативного вмешательства проведена и дана клиническая характеристика прооперированных женщин, которая представлена следующим образом:

Пациентки, которым выполнена консервативная миомэктомия по возрасту были распределены следующим образом: 12 (22%) женщин от 20-30 лет; 32 (59%) были в возрасте 31-40 лет и 10 (18,5%) женщин были в возрастном промежутке 41-45 лет. Больше всего женщин было в возрасте с 30 до 40 лет, средний возраст которых составил 36 лет.

Бессимптомное течение миомы отмечено у 10 (18,5%) женщин, а у 44 (81,5%) имели место нарушения менструальной функции, которые проявлялись обильными месячными, периодически со сгустками, боль перед началом и в первые дни цикла.

Первичным бесплодием страдали 23 (42,6%) пациентки, а 8 (14,8%) женщин имели вторичное бесплодие.

Позднее наступление и установление менструальной функции отмечено у 19 (35%) пациенток, нерегулярный цикл был у 11 (20%) женщин, а другие нарушения менструальной функции, которые проявлялись обильными кровянистыми выделениями, болезненностью накануне и в период месячных установлены у 44 (81,5%) пациенток.

Среди обследованных женщин ранее имели срочные роды – 33 (61%) пациентки, аборты – 21 (39%), две и более беременностей – 8 (15%), выкидыши были у 2 (4%). Следует отметить, что у прооперированных пациенток не было в анамнезе преждевременных родов, неразвивающейся и внематочной беременностей.

Из заболеваний репродуктивного аппарата обследованных женщин, которым проведена консервативная миомэктомия, наиболее часто встречались: эрозия шейки матки у 27 (50%), кольпиты – 23 (42,6%), хронические аднекситы – 16 (29,5%), бесплодие – 23 (42,6%) из них 8 (14,8%) пациенток страдали вторичным бесплодием. При анализе этих данных обращал на себя внимание существенно более высокий процент

Репозиторий ГрГМУ

цервикальных эктопий, бесплодие и наличие воспалительных заболеваний полового тракта.

Из перенесенных соматических заболеваний практически у всех пациенток отмечены простудные заболевания и детские инфекции. Ожирение I-II степени выявлено у 12 (22%) женщин, хронический тонзиллит у 11 (20%), артериальная гипертензия у 11 (20%), у 19 (35%) были заболевания ЖКТ.

По локализации и направленности роста узлов интерстициальная миома интраоперационно была установлена у 37 (68,5%) пациенток, интерстициальные узлы, растущие в полость, - у 11 (20%). Наличие подслизистой миомы и миомы исходящей из шейки матки было одинаковым и выявлено у 9 (16,5%) женщин. Наименьшее количество составили подбрюшинные узлы на широком основании и прооперированы они были у 6 (11%) женщин.

Выявлен высокий процент миомы матки с наличием нескольких узлов различной величины и локализации. Так множественная миома матки нами была установлена у 41 (80%) женщины.

Наличие узлов по задней стенке было у 31 (57%) пациентки, по передней стенке у 24 (44%), в дне матки у 18 (33%), шеечно-перешеечная локализация у 14 (30%), а сочетание всех локализаций наблюдалось у 23 (42,5%).

По морфологическому строению у 39 (72%) женщин в узлах установлены дистрофические изменения. У 4 (7%) пациенток в миоматозных узлах выявлена пролиферация клеточных элементов.

Исходя из представленных данных, можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее чаще миома матки встречается в возрасте 31-40 лет, средний возраст женщин составил 36 лет.

2. Основными клиническими проявлениями наличия миомы матки являлись нарушения менструальной функции, проявляющиеся в позднем наступлении менархе, болезненностью накануне и в период менструации, а также обильные кровянистые выделения.

3. Из сопутствующих гинекологических заболеваний у женщин с миомой матки чаще выявлялись цервикальные

Репозиторий ГрГМУ

эктопии, воспалительные заболевания полового тракта и бесплодие, а из соматических заболеваний - ожирение I-II степени, хронический тонзиллит, артериальная гипертензия.

4. Множественная миома матки прооперированных пациенток наблюдалась у 80%, из них по локализации и направленности роста узлов доминировала интерстициальная миома. У 57% женщин узлы располагались по задней стенке матки.

ЛЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Кириленко В.П.[1], Корниевич Н.М.[2], Плескацевич Д.И.[2]
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»[1], Минск
УЗ «Клинический Родильный дом Минской области»[2]

Актуальность. Наличие миоматозных узлов в матке во время беременности представляет серьезную проблему репродуктивного здоровья не только для самой женщины, но и явную угрозу для ее будущего поколения. По данным литературы наличие миомы у беременных пациенток встречается у 0,4-4,0% [4]. Причинами такого явления по всей вероятности является то, что женщин фертильного возраста, страдающих опухолями матки, из года в год становится все больше, а возраст их возникновения становиться все моложе [3]. Течение беременности, акушерская тактика, а также методы родоразрешения при этом имеют свои особенности [1, 5]. При удачном истечении обстоятельств, производится миомэктомия, т.е. вылущивание узла (узлов), во всех других случаях выполняют удаление матки. С позиции сегодняшнего дня это диктует необходимость проведения оперативных вмешательств по удалению узлов во время беременности и доминирующим показанием к этой операции являются ситуации, когда дальнейшее ее пролонгирование практически невозможно.

Цель исследования: - дать оценку перспективности проведения консервативной миомэктомии во время беременности.

Репозиторий ГрГМУ

Методы исследования. Для проведения данной работы нами использовались: клинический метод, ультразвуковой, гистологический, а также статистическая обработка полученных данных проведена с использованием непараметрических методов [2].

Результаты и их обсуждение. В клиническом «Родильном доме Минской области» была выполнена консервативная миомэктомия у 14 беременных женщин. Срок гестации на момент выполнения операции варьировал в пределах от 13-18 недель. Средний возраст у оперированных пациенток составил 32±2,6 года. Паритет беременностей у обследованных имел показатель 2,6±0,7, но по отношению к родам он был на уровне 1,5±0,3, что указывало на репродуктивные потери в анамнезе у большинства женщин. Предпочтительным видом обезболивания для проведения хирургического вмешательства на наш взгляд является эндотрахеальный наркоз, поскольку при эпидуральной анестезии не всегда была достаточная релаксация.

Во время операции у обследованных беременных были установлены: шеечно-перешеечная миома у 2 (14%) пациенток, интерстициальная миома у 6 (43%), интерстициально-субсерозная у 4 (28,5%) женщин. После вылущивания узлов их ложе тщательно ушивается с последующим наложением мышечно-субсерозных, оббивных швов. Количество удаленных узлов колебалось от 2-х до 8. Размеры варьировали от 4-х до 30 см в диаметре. С гемостатической целью у 2 (16%) пациенток мы использовали тромбин, который в виде порошка засыпали в ушивающую рану. У 1 (8%) прооперированной женщины использовали колагеновую пластину «Тахокомб». Всем прооперированным пациенткам в задний свод ставили дренажную ПХВ трубку с целью контроля по кровотечению, которую извлекали потом в зависимости от геморрагического содержимого и его количества в «мешке приемнике» через 1,5-2 суток.

В послеоперационном периоде пациенткам назначалась антибактериальная терапия. С целью обезболивания в основном использовали раствор промедола 2% - 1,0 через 6 часов до 4 инъекций в сутки. Для усиления эффекта аналгезии использовали анальгин, димедрол в стандартных дозах. Проводилась

Репозиторий ГрГМУ

инфузионная терапия. С токолитической целью титровали раствор сульфата магния 30,0 г, разведенного в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия в течение 3-х дней. Дюфастон назначали по схеме в течение 4-х недель послеоперационного периода с последующей его отменой. Кроме того, в комплекс терапии, направленной на пролонгирование беременности, входили препараты магне-В6, витамин Е в среднесуточных дозах.

Среднее пребывание пациенток в стационаре после оперативного лечения составило 9,9±0,8 суток. Все прооперированные нами женщины были выписаны домой с наличием живого плода и прогрессирующей беременностью. После операции у 8 (57%) беременных были однократные госпитализации в сроки гестации от 25- 34 недель, но в основном они носили профилактический характер. При патоморфологическом исследовании вылущенных узлов во время операции было установлено, что простая лейомиома была у 5 (42%) пациенток, а лейомиома с воспалением и некрозом выявлена у 7 (58%) женщин.

Для родоразрешения в плановом порядке было госпитализировано 8 (57%) женщин в сроке гестации 37-38 недель, 6 (43%) поступили в стационар родильного отделения с началом родовой деятельности или преждевременным излитием околоплодных вод. Срок гестации у всех поступивших на роды в плановом порядке или с началом родов составил 38±0,4 недель.

Кесарево сечение выполнено у 12 (86%), а 2 (14%) женщины родоразрешены через естественные родовые пути. Масса плодов при рождении составила 3410±198 грамм. Оценка по шкале Апгар новорожденным была выставлена 8/9 баллов. Все женщины с детьми выписаны на 6±0,5 сутки в удовлетворительном состоянии.

Выводы.

1. Выполнение консервативной миомэктомии в сроки гестации 13-18 недель является наиболее благоприятным и оптимальным.

2. Проведение оперативного лечения требует соблюдение следующих условий: минимальной травматичности и кровопотери, рациональных разрезов при вылущивании узлов,

Репозиторий ГрГМУ

наложение прочных гемостатических швов способных образовывать полноценный рубец на матке.

3. При наличии множественных, атипично расположенных узлов и миомы больших размеров предпочтение отдавать нижнесрединной лапаротомии.

4. При шеечном-перешеечном расположении узла и для наилучшего способа его удаления следует вскрывать пузырно-маточную складку и низводить за лоно мочевой пузырь, чтобы исключить его повреждение и дать максимальный доступ для ушивания после вылущивания узла.

Литература

1. Горбунова Т.Н. Акушерская и хирургическая тактика при миоме матки: Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Т.Н. Горбунова. - М., 2003.

2. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. С. Гланц. – М.: Практика, 1998. – 459 с.

3. Коротких И.Н., Садов Н.А. Осложнения и исход беременности у пациенток после миомэктомии // сборник научных трудов «Проблемы и перспективы современной науки» 2009 год, Том 2, вып. 1, под редакцией проф., д.б.н. Ильинских Н.Н.

4. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Левашова И.И., Сенчакова Т.Н., Новикова С.В., Горбунова Т.Н., Ахведиани К.Н. Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки //Вестник Российской Ассоциации Акушеров-гинекологов № 3; 99.

5. Kerkar A. V. Uterine myomata in pregnancy // J. Obstet. Gynec. India. 1977. Vol. 27, № 6. - P. 953-955.

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ БИОФЛАВОНОИДОВ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗАЩИТЕ ОТ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ

Климович В.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Интерес к изучению роли биологически активных соединений вызван их возможностями и способностью предотвращать всевозможные патологические процессы – злокачественные, сердечно-сосудистые, воспалительные, аллергические и другие [1]. Флавоноиды – это природные фенольные производные гетероциклические кислородсодержащие соединения, одни из которых растворимы в воде, другие – в жирах. Начало исследований положено в 30-е

Репозиторий ГрГМУ

годы прошлого столетия лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине Альбертом де Сент-Дьерди. На сегоднешний день известно более 6500 представителей флавоноидов. Все они классифицируются на 10 классов, основные из которых флавонолы, флавоны, флаванолы, флаваноны, антоцианы, флавононолы. Интерес представляют флавоноиды, которые обладают антиоксидантными свойствоми, подавляют процессы перекисного окисления липидов, тормозят развитие атеросклеротического повреждения стенок артерий, угнетают агрегацию тромбоцитов [2]. Так, например, многочисленными эпидемиологическими исследованиями показан протективный эффект в отношении смертности, обусловленной ишемической болезнью сердца. Риск смерти от ишемической болезни сердца и инсульта снижался на 70% при потреблении только 30 мг флавоноидов в сутки. Флавоноиды способны синтезировать растения и не способны животные и человек. Содержание флавоноидов из разных источников определено методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Самый известный из флавоноидов – рутин (витамин Р) - в составе препарата аскорутина применяется давно и его эффективность проверена временем. Однако не бесполезно знать, какие пищевые источники наиболее богаты флавонолами (катехинами, квертецином), антоцианами, флавонами и другими из классов флавоноидов.

Наиболее большое количество биофлавоноидов содержатся в следующих пищевых источниках: чай зеленый и черный, какао (шоколад черный), красное вино, цитрусовые, клюква, брусника, все виды смородины (черная, красная, белая), перец, помидор, морковь, яблоко, малина, лук, капуста, мед, миндаль, темные сорта винограда, ежевика, петрушка, сельдерей [3]. Флавоноиды не токсичны для человека и не достаточно биодоступны. Большая часть флавоноидов, потребляемых с пищей (75% и более), плохо всасывается в кишечнике, часть выделяется с желчью, часть преобразуется ферментами микрофлоры толстого кишечника человека [4]. Их важнейшее антиокислительное свойство определяется химическим свойством легко отдавать протоны, т.е. они сами окисляются и тем самым препятствуют окислению других биологически активных веществ органов и тканей нашего

Репозиторий ГрГМУ

организма, белковых и липидных компонентов клеточных мембран. Концентрация в крови большинства флавоноидов, всосавшихся в тонкой кишке, довольно быстро достигает максимальных значений и также быстро снижается (период полувыведения составляет 1-2 часа). Переизбытка для человека в поступлении биофлавоноидов в организме быть не может, так как они выводятся из организма с мочой, не нанося вреда здоровью. Эффект растительных полифенолов достигается суммарно с другими нутриентами пищи (витаминами) [5].

Существует большое количество биологически активных добавок, которые изготовлены на основе экстрактов растительного сырья, богатых биофлавоноидами. Употребление фруктов и овощей не менее 400-800 г ежедневно принесет только пользу, так как кроме флавоноидов организм человека получит витамины, целлюлозные волокна, пектиновые вещества, которые являются незаменимыми компонентами пищи и должны обязательно входить в ежедневный рацион.

Имеются и препараты, содержащие флавоноиды, например, оказывающие седативное действие (боярышник, пустырник), использующиеся как противовоспалительное и противоязвенное средство (корень солодки), обладающие желчегонными свойствами (бессмертник, пижма).

Полифенолы являются не только антиоксидантами, но и пребиотиками, т.е. подавляют рост патогенной микрофлоры в желудочно-кишечном тракте. Суточная потребность в полифенолах и биофлавоноидах составляет до 100 мг и до 500 мг соответственно. Для поддержания высокого уровня концентрации биофлавоноидов в крови необходимо их повторное употребление через определенные промежутки времени (2-3 часа).

В заключении еще раз необходимо подчеркнуть широкий спектр действия на организм биофлавоноидов: высокая Р-витаминная активность, гипотензивное, диуретическое, гипогликемическое, спазмолитическое, желчегонное действие. Эти знания представляют несомненный интерес в связи с установленной связью между потреблением биофлавоноидов и снижением вероятности возникновения заболеваний.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Суханов Б.П., Кудашева В.А. Микронутриенты в питании здорового и больного человека. – М: Колос, 2002 – 424 с.

2. Тутельян В.А., Батурин А.К., Мартинчик Э.А. Флавоноиды: содержание в пищевых продуктах, уровень потребления, биодоступность // Вопросы питания. – 2004. - № 6. – С. 43-48.

3. Arai Y., Watanabe S., Kimira M. Et al. // J.Nutr. – 2000. – Vol. 130. – P. 2243–2250.

4. Scalbert A.,Williamson G.//Ibid. – 2000. –Vol. 130. – Suppl. –P. 2073-2085.

5. Scalbert A., Johnson I. T., Saimarsh M. // Amer. J. Clin. Nutrition. – 2005. – Vol. 81. - № 1. – P. 215-217.

ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Климович И.И.[1], Страпко В.П.[2], Юркевич С.В.[2], ДуньчикА.А.[1]

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»[2], Гродно

Актуальность. Среди пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости острый панкреатит продолжает оставаться смертельно опасным заболеванием и составляет от 2,5-8,4%, а летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) достигает 40-85%. Особый интерес в силу основных патогенетических механизмов в развитии панкреатита представляет исследование лабораторных показателей крови и ферментов поджелудочной железы, что имеет значение для диагностики и лечения [1, 2, 3, 4].

Цель работы - определить значимость исследования лабораторных показателей крови и ферментов поджелудочной железы для диагностики и прогнозирования течения острого панкреатита.

Материал и методы. Нами проведен анализ основных лабораторных показателей крови и ферментов поджелудочной железы у 98 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2011-2012 г. Мужчин было 57 (58,16%), женщин - 42 (41,84%). Возраст пациентов от 18 до 82 лет. У всех пациентов при поступлении и в процессе лечения определяли общий анализ крови,

Репозиторий ГрГМУ

коагулограмму, биохимический анализ – белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевину, глюкозу, креатинин, ионограмму, С-реактивный белок, - активность ферментов (амилазы и липазы) в плазме крови. Исследование системы гемокоагуляции включало определение фибриногена А, Б, протромбинового индекса и этанолового теста.

Результаты и их обсуждение. Из всех больных ОДП наблюдался у 18 (18,4%) больных, уровень амилазы у которых составил 458+/-25,3 МЕ/л, а липазы – 1735+/-31,2 МЕ/л. Оперированы 16 пациентов (16,3%), у 9 (9,2%) произведены (лапаротомии, некрэктомии участков некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, марсупиелизация сальниковой сумки, дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки, уровень амилазы у которых составил 348+/-22,4 МЕ/л, а липазы – 1827+/-21,7 МЕ/л. С ОДП ферментативным перитонитом было 7 (7,1%) больных, которым проводилась диагностическая лапароскопия, последняя заканчивалась санированием и дренированием брюшной полости с определением активности ферментов уровень амилазы у которых составил 524+/-18,9 МЕ/л, а липазы 1925+/-29,3 МЕ/л.. Остальные 82 (83,7%) пациента получали консервативное комплексное лечение. У 8 (8,2%) больных имело место развитие делирия на 2-5 сутки от начала заболевания. В анамнезе этих больных имеются указания на злоупотребление алкоголем. Двое больных после оперативного лечения умерли, послеоперационная летальность – (11,1%). Максимальные значения активности сывороточной амилазы мы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП), а в более поздние сроки повышался уровень липазы. Мы не выявили прямой зависимости между уровнем амилаземии и формой острого панкреатита. В общем анализе крови при остром панкреатите не нашли строгой специфичности. Однако в пользу инфицированного панкреонекроза свидетельствует увеличение уровня лейкоцитов крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево в динамике наблюдения и лечения. Чаще всего мы регистрировали лейкоцитоз 11-22 х 109/л, но при обширных панкреонекрозах, особенно при развитии септических осложнений, наблюдали

Репозиторий ГрГМУ

значительный лейкоцитоз за счет сегментоядерных нейтрофилов и палочко-ядерных форм, отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял 1120+/-28,7 мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: диспротеинемия, гипопротеин- и гипоальбуминемия, гипергликемия. Из печеночных ферментов выявили, что наиболее характерно для панкреонекроза, высокий уровень аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз. О выраженных изменениях водно-электролитного баланса свидетельствовали: гемоконцентрация, дефицит калия, натрия, кальция. При обширных формах панкреонекроза снижение концентрации кальция в плазме крови обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот. Показатели коагулограммы были в пределах нормы (эталоновый тест – отрицательный, ПТИ-0,7-1,0; фибриноген – 2-4 г/л) при недеструктивных формах острого панкреатита. У больных с ОДП отмечались заметное увеличение фибриногена, положительный этаноловый тест, увеличение ПТИ более 1,0.

Выводы.

1. Содержание липазы увеличивается через несколько часов при развитии острого панкреатита в десятки раз выше, чем амилазы, достигая максимума через 12-24 ч, и остается повышенной в течение 10-12 дней, а нормализация уровня липазы происходит позже нормализации амилазы.

2. Прогноз заболевания является плохим, если уровень липазы в крови повышается в 10 раз и более.

3. Изменение амилазы и липазы в плазме крови следует всегда рассматривать в комплексе с данными других лабораторных и инструментальных методов обследования больного с острым панкреатитом.

4. Повышение концентрации С-реактивного белка больше 130 мг/л подтверждает наличие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 26-30% от исходного уровня с учетом других клинико-лабораторных данных свидетельствует о развитии панкреатогенной инфекции.

Литература

1. Гарелик П.В., Жандаров К.А., Савицкий С.Э. и др. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение /методические рекомендации. – Гродно, 2008. – 32 с.

Репозиторий ГрГМУ

2. Лифшиц В.М. Биохимические анализы в клинике : справочник / В.М. Лифшиц, В.И. Сидельникова ; 2-е изд. – М. : Медицинское информационное агентство, 2001. – 303 с.

3. Назаренко Г.И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г.И. Назаренко, А.А. Кишкун - М. : Медицина, 2006 – 543 с.

4. Rau B., Beger H.G., Schilling M.K. Biochemical Severity Stratification of Acute Pancreatitis: Pathophysiological Aspects and Clinical Implication / J.-L.Vincent (ed). Year book of Intensive Care and Emergency Medicine. Springer. – 2004. – P. 499-515.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА «ПУЛЬСАР»

Климович И.И[1]*, Страпко В.П*[2]*.,Клименко Н.Ф*[2]*.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»[2], Гродно

Актуальность. По имеющимся литературным данным признаки варикозной болезни имеют место у 89% женщин и 66% мужчин из числа жителей развитых стран. [1, 2] В РБ заболеваемость варикозной болезнью составляет 20%. Ежегодно в Республике Беларусь по статистике наблюдается увеличение количества больных варикозной болезнью (ВБ) на 2%, причем в последнее время специалисты отмечают значительное «омоложение» недуга и учащение случаев осложнений [3, 4]. Реабилитация пациентов с развившимися осложнениями (трофическими язвами венозной этиологии, венозной недостаточностью и др.) и сравнительно высокой частотой возникновения рецидивов – сложная медицинская и социальная проблема, несмотря на богатую историю разработки и внедрения в клиническую практику огромного количества консервативных и оперативных методов их лечения [1-4].

Проблема радикального излечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в настоящее время далека от полного разрешения. Массовый характер заболевания, довольно частые рецидивы после неадекватно проведенного лечения, а также наличие декомпенсированных форм заболевания, приводящих к временной утрате трудоспособности и инвалидизации больных, будучи актуальными проблемами практического здравоохранения многих стран мира, вынуждают к

Репозиторий ГрГМУ

постоянному поиску принципиально новых, более эффективных методов лечения [1-4].

Цель исследования. Проанализировать и оценить результаты хирургического лечения варикозной болезни с использованием лазерного аппарата «Пульсар».

Материалы и методы. В клинике 2-ой кафедры хирургии с 2010 по 2012 г. проведено лечение 36 больных в возрасте от 20 до 69 лет с применением в лечении варикозной болезни (ВБ) лазерного аппарата «Пульсар». Женщин было 23 (63,9%), мужчин – 13 (36,1%). Распределение больных с ВБ по международной классификации CEAP было: 2 (5,5%) больных отнесены к классу С-1, 26 (72,2%) больных – к классу С2, 6 (16,7%) больных – к классу С3 и 2 (5,5%) – к классу - С4. Пациентам с ВБ классов 2-4 в комплексном лечении ВБ применен лазерный аппарат «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 шины 0,6 мм. Удаление основного ствола большой подкожной вены осуществляли по Бебкокку. Крупные притоки обрабатывали методом эндовазальной коагуляции. Расширенная вена пунктировалась, и через иглу проводился световод, и вена коагулировалась. Мелкие притоки подвергались паравазальной коагуляции. Больные с ВБ класса С1 пролечены с помощью лазера без применения других методик.

Результаты и обсуждение. Во время операции в 3 случаях отмечен при паравазальной коагуляции локальный ожог кожи. Уменьшение энергии режима коагуляции в пределах 0,1-0,6 Дж в последующем позволило избежать данного осложнения. При эндовазальной коагуляции притоков большой и малой подкожных вен осложнений не наблюдали. Выраженных воспалительных инфильтратов в зоне эндо- и паравазальной коагуляции вен не отмечено. Следует отметить хороший косметический эффект во всех случаях применения лазерной эндо и паравазальной коагуляции при ВБ. Надо также отметить значительное сокращение времени производства операции и менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде. При контрольном осмотре оперированных 22 пациентов через 8-12 месяцев жалоб нет, косметический эффект хороший.

Репозиторий ГрГМУ

Выводы.

1. У больных с варикозной болезнью класса С-1 лечение с хорошим клиническим и косметическим результатом можно провести с помощью лазера без применения других методик.

2. Пациентам с варикозной болезнью класса С2-С4 целесообразно наряду с традиционной флебэктомией использовать лазерный аппарат «Пульсар» отечественного производства для эндо- и паравазальной коагуляции венозных притоков и дополнительных вен при рассыпном типе варикоза.

3. Применение лазерного аппарата «Пульсар» отечественного производства значительно сокращает время производства операции и уменьшает болевой синдром в послеоперационном периоде.

Литература

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н. Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская. – Минск: Вышэйшая школа, 2005. – 488 с.

2. Баешко, А.А. Варикозная болезнь / А.А. Баешко // Медицинские знания. – 2007. – № 6. – С. 5-6.

3. Петухов, В.И. Диагностика и лечение варикозного расширения вен нижних конечностей. / В.И. Петухов // Витебск: Беларусь. – 2005. – 205 с.

4. Сушков, С.А.Основные принципы оперативного лечения варикозной болезни / А.С. Сушков // Новости хирургии. – 2007. – № 4. – Т. 15. – С. 123-134.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Климович И.И[1]*, Страпко В.П*[2]*., Фальковская О.В*[2]*.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет» [1]

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» [2], Гродно

Актуальность. Этиопатогенез развития острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки (12-ПК) и их осложнений при черепно-мозговой травме (ЧМТ) до настоящего времени остается до конца не раскрытым. [1, 2]. Вопросы тактики в лечении их также противоречивы и требуют дальнейшей разработки [3, 4]. На сегодняшний день основными механизмами развития острых «стрессовых»

Репозиторий ГрГМУ

гастродуоденальных язв (язвы Кушинга) и их осложнений (кровотечение, перфорация) при тяжелых черепно-мозговых травмах считают, активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая происходит вследствие тяжёлой ЧМТ, повышение секреции глюкокортикоидов, которые стимулируют желудочную секрецию и уменьшают продукцию защитной слизи, снижают регенерацию слизистой оболочки желудка, повышают образование гистамина из гистидина за счет активации фермента гистидиндекарбоксилазы (что, в свою очередь, приводит к гиперпродукции соляной кислоты). При этом повышается секреция катехоламинов, что способствует нарушению микроциркуляции в слизистой оболочке желудка и развитию в ней ишемии, повышается тонус блуждающего нерва и усиливается активность кислотно-пептического фактора ульцерогенеза [1, 2].

Цель исследования. Ретроспективно проанализировать частоту возникновения и развитие различных осложнений острых язв желудка и 12-перстной кишки (12-ПК) при ЧМТ и оценить результаты их лечения.

Материалы и методы. В клинике 2-ой кафедры хирургии с 2008 по 2012 г. с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-ПК лечилось 177 больных, среди которых острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки (12-ПК) и их осложнений при (ЧМТ) было у 19 (10,73%) пациентов. У всех пациентов с ЧМТ выполнена фиброгастроскопия, во время которой диагностированы острые язвы желудка и 12-ПК и их осложнения.

Результаты и обсуждение. Из всех 177 пациентов, лечившихся с осложнениями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, оперированы 115 (64,97%) пациентов, а 62 (35,03%) лечились консервативно. Из всех 19 пациентов с острыми язвами желудка и 12-ПК и их осложнениями при ЧМТ оперированы 6 (31,57%) пациентов, консервативно лечились 13 (68,43%). При этом острые язвы в желудке были у 12 (63,15%) больных и 7 (36,85%) в 12-ПК. Консервативная терапия включала эндоскопический гемостаз, холод на эпигастральную область, гемотрансфузии, внутривенное введение свежезамороженной плазмы, блокаторы H_2-

Репозиторий ГрГМУ

рецепторов, адроксон, дицинон, аминокапроновой кислоты Оперированы 2 пациента с кровотечением с острых язв 12-ПК и 3 с желудка, а у 1 пациента наблюдалось прободение и кровотечение с язвы 12 ПК. Все 6 пациентов оперированы, так как несмотря на проводимое комплексное консервативное лечение, в том числе эндоскопический гемостаз, кровотечение рецидивировало из нескольких острых язв и им по жизненным показаниям выполнена операция – резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру у 3 больных, по Бильрот-1 у 2После операции умерли 2 пациента с тяжёлой ЧМТ после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. У 1 больного на фоне продолжающегося профузного кровотечения наступила перфорация язвы 12-ПК при этом надо отметить, что клиника перфоративной язвы была атипичной, практически отсутствовал болевой синдром и лишь отмечалось умеренное напряжение мышц живота в эпигастральной области, хотя во время операции были явления местного серозно-фибринозного перитонита. У данного больного выполнено прошивание кровоточащей язвы с ушиванием прободного отверстия, санация и дренирование брюшной полости, наступило выздоровление. Возраст больных был от 17 до 48 лет. Средний возраст пациентов составил 31,4 лет.

Выводы.

1. Наиболее частым осложнением острых язв желудка и 12-перстной кишки являются кровотечение и прободение.

2. В большинстве случаев лечение пациентов с тяжёлой ЧМТ и возникающими осложнениями после нейрохирургического вмешательства, а именно развитием острых, осложнённых кровотечением язв желудка и 12-ПК при ЧМТ проводится консервативно.

3. Операцией выбора при перфорации сочетающейся с кровотечением и резвившимся перитонитом в большинстве случаев является прошивание кровоточащей язвы с ушиванием прободного отверстия.

4. Всем пациентам с тяжёлой ЧМТ необходимо проводить профилактику возникновения острых язв путём назначения противоязвенных медикаментозных препаратов.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Дралюк, М.Г. Черепно-мозговая травма: Учебное пособие / М.Г. Дралюк, Н.С. Дралюк, Н.В. Исаева. - Ростов-на-дону: Феникс, 2006. – 105 с.

2. Гуманенко, Е.К. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы. Современная стратегия лечения / под ред. Е.К. Гуманенко, В.К. Козлова. - М.: ГЭОТАР'Медиа, 2008. - 608 с.

3. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни. В сборнике: 50 лекций по хирургии. Под ред. Савельева В.С. – М. - 2003; С. 248-258.

4. Климович В.В. Хирургия язвенной болезни желудка / В.В. Климович, А.В. Воробей // Минск:. - 2006. - 199 с.

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2001-2012 гг.

Козел Л.Г., Гончаров В.В., Кроткова Е.Н.

УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Актуальность. Несмотря на совместные усилия эпидемиологов и инфекционистов, направленные на уменьшение распространения ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь, наблюдается непрерывный рост количества ВИЧ-инфицированных пациентов. На 01.04.2013 г. в Республике Беларусь зарегистрировано 14 545 случаев ВИЧ-инфекции (показатель распространенности составил 120,1 на 100 тысяч населения), на территории Гродненской области - 605 случаев. Показатель распространенности (44,5 на 100 тыс. населения) – один из самых низких в республике. Большинство ВИЧ-инфицированных в Гродненской области – молодые люди в возрасте 20-29 лет (47,3% от всех зарегистрированных). Из общего числа ВИЧ-инфицированных 59,2% приходится на долю мужчин, доля женщин составляет 40,8%. Основным путем передачи ВИЧ в настоящее время является половой – 58,0% от общего количества зарегистрированных случаев. Парентеральный путь передачи, реализующийся через инъекционное введение наркотических веществ, составил 39,5%. Вместе с тем темпы роста заболеваемости и смертности ВИЧ-инфекции имеют тенденцию к увеличению. В Гродненской области зарегистрировано 134 летальных случая среди ВИЧ- инфицированных (22,1%), 79

Репозиторий ГрГМУ

человек (59,6%) из числа умерших – наркопотребители. В стадии СПИД умерло 70 человек (38,7%). Постоянный мониторинг причин смертности ВИЧ-инфицированных имеет важное эпидемиологическое и профилактическое значение.

Цель исследования. Оценка причин смертности ВИЧ-инфицированных пациентов на территории Гродненской области.

Материалы и методы. Изучена медицинская документация (амбулаторные карты, истории болезни, протоколы вскрытий) умерших ВИЧ-инфицированных пациентов в период с 2001 г. по 01.04.2013 г. по Гродненской области. Проанализированы основные причины смерти ВИЧ-инфицированных в зависимости от пола, пути заражения.

Результаты. Отмечено преобладание умерших мужчин над женщинами в 2 раза. На 01.04.2013 г. в Гродненской области умерло 92 мужчины (68,6%) и 42 женщины (31,3%). Из них 61,1% (60 умерших мужчин и 22 женщины) - потребители инъекционных наркотиков. У 38,8% (32 мужчин и 20 женщин) путь заражения – половой.

У женщин основной причиной смерти являются заболевания печени (28,5%), на втором месте (19%) - туберкулез, третье место занимают менингоэнцефалиты (16%). У мужчин ведущее место среди причин смерти является туберкулез (33,6%), второе и третье место занимают заболевания печени и менингоэнцефалиты (по 11,9%).

Таблица - Основные причины смерти ВИЧ-инфицированных пациентов в Гродненской области с 2001 по 01.04.2013 гг.

Причины смерти	женщины	мужчины
Туберкулез	8 (19%)	31 (33,6%)
Заболевания печени	12 (28,5%)	11 (11,9%)
Злокачественные новообразования	5 (11,9%)	8 (8,6%)
Менингоэнцефалиты	7 (16%)	11 (11,9%)
Заболевания легких	3 (7,1%)	9 (9,7%)
Травмы	2 (4,7%)	7 (7,6%)
Сепсис	1 (2,3%)	4 (4,3%)
Сердечно-сосудистые заболевания	2 (4,7%)	5 (5,4%)
Суициды	-	5 (5,4%)
Передозировка наркотиков	2 (4,7%)	1 (1,0%)

Репозиторий ГрГМУ

Заключение. В настоящее время в Гродненской области смертность среди ВИЧ – инфицированных пациентов у мужчин выше в 2 раза, чем у женщин. Основной причиной смерти у мужчин является туберкулез, у женщин ведущая причина смертности - декомпенсация цирроза печени различной этиологии (ВГС, алкоголизм, наркопрепараты). Обоснованным является проведение химиопрофилактики туберкулеза у всех ВИЧ-инфицированных с целью снижения смертности.

Литература

1. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь // htth:www.hiv-by/info.

2. Пархоменко Ю.Г. Анализ аутопсий при ВИЧ-инфекции / Ю.Г. Пархоменко, О.А. Тишкевич, В.И. Шахгильдян // Архив патологии. – 2003. - № 3. – С. 24-29.

3. Клинико-морфологические особенности и проблемы диагностики генерализованного гематогенного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов / Н.В. Матиевская, Е.Н. Кроткова, Н.И. Прокопчик [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2010. - № 4. – С. 49-52.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УЗ «ГОКПЦ»

Пальцева А.И., Козич А.А., Пономаренко С.М.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Согласно данным статистики, удельный вес недоношенных новорожденных в популяции не имеет существенной динамики к снижению и составляет от 5,5% до 6% [2]. В УЗ «ГОКПЦ» в течение последних 6 лет также сохраняется достаточно высокий (7,8-8,0%) удельный вес недоношенных. Современные технологии выхаживания недоношенных позволяют в подавляющем большинстве случаев вырасти им здоровыми, полноценными и приносить радость семье и пользу обществу. Сохранение жизни и здоровья недоношенных детей продолжает оставаться одной из первоочередных задач пери- и неонатологии.

Цель исследования - оценка эффективности организации медицинской помощи недоношенным новорожденным на этапе выхаживания в УЗ «ГОКПЦ».

Репозиторий ГрГМУ

Материал и методы. Клинико-лабораторное наблюдение, функциональные методы обследования, специализированная помощь смежных специалистов (кардиологов, неврологов, офтальмологов), консультативная помощь сотрудников второй кафедры детских болезней УО «ГрГМУ».

Под нашим наблюдением находилось 823 недоношенных новорожденных.

Число детей с низкой и экстремально низкой массой тела за последние годы значительно выросло. Тем не менее, заболеваемость и смертность среди них значительно снизилась, благодаря внедрению современных технологий выхаживания недоношенных в УЗ «ГОКПЦ».

Результаты и обсуждения. Современные технологии выхаживания детей с ОНМТ и ЭНМТ, прежде всего, включают в себя антенатальную профилактику РДС при угрозе преждевременных родов; раннюю респираторную поддержку с использованием технологии спонтанного дыхания с положительным давлением (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP); заместительную сурфактантную терапию; сердечно-сосудистую поддержку; профилактику нозокомиальной инфекции; обеспечение развивающего ухода и раннюю профилактику БЛД.

Разработана и применяется в клинике антенатальная профилактика РДС дексаметазоном у беременных с гестозом средней и тяжелой степени, внедрен протокол первичной реанимации недоношенных новорожденных.

Принимая во внимание данные собственного анализа применения сурфактантной терапии, мы используем стратегию сверхраннего (первые 15 минут после рождения) и раннего (первые 2 часа) их введения.

Методика сверхраннего введения «Куросурфа» заключалась в том, что новорожденным со сроком гестации до 32 нед. с ОНМТ и ЭНМТ в родильном зале сразу после рождения проводили эндотрахеальное введение «Куросурфа» в дозе 200 мг/кг и налаживали оксигенотерапию методом спонтанного дыхания под повышенным давлением выдоху (CPAP). В дальнейшем, в случае увеличения потребности в кислороде до 45-50%, обсуждали вопрос о проведении ИВЛ. Показаниями для

Репозиторий ГрГМУ

перевода на ИВЛ являлись: дыхательный ацидоз (pH<7,2 и pCO_2>55 мм рт. ст.) или частые длительные эпизоды апноэ.

При сверхраннем введении «Куросурфа» новорожденным с ОНМТ и ЭНМТ удавалось в течение 45 минут жизни обеспечить достаточную поставку кислорода благодаря нормализации ключевых параметров кислородного статуса.

Достоверно улучшались аналогичные показатели и при раннем введении «Куросурфа», однако при сверхраннем его введении нормализация кислородного статуса происходила быстрее, что позволяло снизить потребность в проведении ИВЛ. Так, 3 (9,7%) новорожденным I группы не понадобилось проведение инвазивной ИВЛ, в то время как всем детям II группы выполнялось протезирование дыхательной функции. Сверхраннее введение «Куросурфа» дало возможность значительно снизить агрессию проводимой ИВЛ, смягчив основные ее параметры в течение 45 минут постнатальной жизни ребенка. Нормализация газового состава крови и снижение потребности в ИВЛ, а также уменьшение степени ее агрессии способствовали значительному снижению частоты неврологических осложнений РДС. Так, геморрагические и структурно-сосудистые повреждения головного мозга диагностированы у 3 (9,6%) новорожденных I группы и у 6 (18,7%) – II группы (p<0,05). Новорожденные I группы в 3 раза реже нуждались в повторном введении «Куросурфа» по сравнению с детьми II группы (5-16,1% и 15-46,8% соответственно, p<0,05).

Средняя продолжительность пребывания на ИВЛ новорожденных I группы составила 52,2±4,8 часа, что на 54,4 часа меньше, чем в группе с более поздним введением препарата. Длительность лечения в отделении реанимации снизилась на 8,8 суток: с 18,9±3,2 суток до 10,1±1,2 суток (p<0,05).

В I группе значительно реже регистрировались случаи проявления госпитальной инфекции, что позволило на 38% реже использовать третий и четвертый курсы антибактериальной терапии. Осложнений от сверхраннего введения препарата «Куросурф» нами не зарегистрировано.

В отделении постоянно проводится микробиологический мониторинг с индивидуальным подбором антибактериальной

Репозиторий ГрГМУ

терапии с учетом чувствительности выделенного патогена.

Основой успеха, возможно, его первым и главным звеном по-прежнему является лечебно-охранительный режим и температурный комфорт ребенка, необходимость которых была научно обоснована еще 150 лет назад.

Важной составляющей высокого искусства выхаживания недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ является их адекватное энергетическое обеспечение. В ОИТРН постоянно совершенствуется методика энтерального вскармливания. Энтеральная нагрузка подбирается индивидуально для каждого ребенка при соблюдении общепринятых принципов: раннее энтеральное кормление и парентеральная поддержка основными ингредиентами (глюкоза и аминокислоты). Раннее энтеральное кормление (1-3 день жизни) – минимальное трофическое питание применяется с целью функционального и морфологического дозревания ЖКТ.

Непременным условием успешного выхаживания новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ является использование методики неонатального индивидуального развивающего ухода – NIDCAP.

Манипуляции забора крови проводятся в щадящем режиме, с целью обезболивания перед болезненной процедурой в рот ребенку капается 1 капля 30% раствора глюкозы.

Несмотря на то, что в центре родоразрешаются женщины из групп высокого риска, за последние годы удалось значительно снизить перинатальную заболеваемость и стабилизировать раннюю неонатальную смертность на уровне 1,2-1,5‰ в течение последних 3 лет.

Таким образом, современные технологии выхаживания недоношенных, включающие антенатальную профилактику, раннюю заместительную сурфактантную терапию, адекватную респираторную поддержку, неонатальный индивидуальный развивающий уход позволяют значительно снизить заболеваемость, смертность новорожденных и способствуют решению демографической проблемы в РБ и повышению качества медицинской помощи новорожденным.

Репозиторий ГрГМУ

ПРИЧИНЫ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Колоцей В.Н., Страпко В.П., Лушко А.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Острая кишечная непроходимость является одной из наиболее сложных патологических состояний, относящихся к острой хирургической патологии. Результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью остаются неудовлетворительными. Послеоперационная летальность достигает 15% [1, 3]. Важной особенностью, отмеченной в последнее время, является перераспределение по частоте отдельных форм кишечной непроходимости. Реже стали встречаться такие формы, как узлообразование, инвагинации, завороты, однако увеличилось количество обтурационной непроходимости опухолевого генеза [1, 2].

Целью работы является изучение причин возникновения, особенностей диагностики и результатов лечения обтурационной кишечной непроходимости.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2002 по 2012 годы по поводу острой механической кишечной непроходимости. Всего было 411 пациентов в возрасте от 16 до 95 лет. Из них мужчины составили 52,8%, женщины - 47,2%. Время от начала заболевания до поступления в стационар составляло от 2 часов до 2 недель. При поступлении проводилось клиническое, лабораторное, рентгенологическое и эндоскопическое обследование больных. Особое внимание уделяли изучению пассажа бария по желудочно-кишечному тракту. В последние годы важное место в диагностике уделялось ультразвуковому и компьютерному исследованию брюшной полости. Больным проводилась инфузионная терапия, выполнялись мероприятия, направленные на консервативное разрешение непроходимости (аспирация желудочного содержимого, постановка клизм). В связи с неэффективностью консервативного лечения 331 (80,5%) больной был оперирован. Обтурационная кишечная непроходимость при операции

Репозиторий ГрГМУ

выявлена в 161 (48,6%) случаях.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ случаев оперативного лечения позволил выявить следующие причины, вызвавшие острую обтурационную кишечную непроходимость: злокачественные опухоли ободочной кишки - 113 (70,2%), злокачественные опухоли других органов (чаще всего матка и придатки) вследствие сдавления, прорастания или метастазирования - 27 (16,8%). У 21 (13,0%) оперированного больного острая обтурационная кишечная непроходимость была вызвана редко встречающимися причинами. Такими причинами в 5-ти случаях явились инородные тела, каловый завал (2 пациента), осложнения болезни Крона в 2-х случаях, туберкулезное (3) и актиномикозное (1) поражение кишечника. Желчнокаменная непроходимость вследствие холецистодуоденального свища встречалась дважды, в 2-х случаях непроходимость была вызвана карциноидной опухолью, объемные жидкостные образования брюшной полости стали причиной непроходимости у 3 пациентов, а в одном случае - гигантской мукоидной кистой (мукоцеле) червеобразного отростка. Диагностика в описанных нами клинических случаях была сложна. Синдромальный диагноз острой кишечной непроходимости на догоспитальном этапе был поставлен в 5 случаях, при поступлении - лишь в 12. Срок от поступления до оперативного вмешательства составлял от 6 часов до 5,5 суток. Во всех случаях причина кишечной непроходимости была установлена только во время операции либо после гистологического исследования операционного материала.

Выводы. Диагностика обтурационной кишечной непроходимости в большинстве случаев представляется трудной. Знание причин, ее вызывающих, может помочь в своевременной постановке диагноза и определить показания к операции, что положительным образом сказывается на результатах лечения.

Литература

1. Кишечная непроходимость / В.П. Петров [и др.]; под ред. В.П. Петрова. - М.: Медицина, 1989. - 288 с.

2. Колоректальный рак / А.В. Воробей [и др.]; под ред. А.В. Воробья. - Минск: Зорны верасень, 2005. - 160 с.

3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В.С. Савельев [и др.]; под ред. В.С. Савельева. - Москва: Триада-Х, 2004. - 640 с.

Репозиторий ГрГМУ

ЭПИДЕМИЯ ЛИХОРАДКИ МАРБУРГ В АНГОЛЕ

Колоцей В.Н.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Лихорадка Марбург – острое вирусное заболевание, против которого не существует ни вакцин, ни лекарств, характеризующееся тяжелым течением, высокой летальностью и геморрагическим синдромом. Смерть наступает через 3-9 дней после появления первых клинических симптомов. Вирус лихорадки Марбург был впервые обнаружен в 1967 году у работников научных лабораторий в Европе, проводивших эксперименты на макаках. От прошлой вспышки лихорадки Марбург в соседней с Анголой Демократической Республике Конго в 1998 году умерли 123 человека.

Цель работы - показать роль медицинских организационных мероприятий и санитарно-просветительной работы, проводимых на государственном уровне, и направленных на предотвращение распространения опасной лихорадки.

Материал и методы. В октябре 2004 года в северной провинции Уиже, было отмечено появление ранее неизвестной болезни, характеризовавшейся сильными головными болями, болями в мышцах, рвотой, диареей, высокой лихорадкой, геморрагическим синдромом, которые быстро приводили к смерти. Летальный исход, которому обычно предшествовала большая кровопотеря, в большинстве случаев наступал на 7-9 день после появления первых симптомов. Летальность превышала 90%. Длительное время природа заболевания оставалась неизвестной.

23 марта 2005 года ВОЗ опубликовала данные о том, что причиной эпидемии «загадочной» инфекции в Анголе стал возбудитель лихорадки Марбург. Вирус был обнаружен в 9 из 12 образцах, взятых у погибших пациентов. Консультативно-диагностическую поддержку Анголе предоставили ведущие лаборатории Германии, Канады, США и Южной Африки. Непосредственно в самой Анголе работала полевая лаборатория Центра по контролю и предотвращению заболеваний США.

Источником и резервуаром вируса Марбург в природе

Репозиторий ГрГМУ

являются африканские зеленые мартышки, у которых инфекция может протекать латентно. Зараженный человек становится чрезвычайно опасным для окружающих. Пути передачи инфекции разнообразны: воздушно-капельный, контактно-бытовой, парентеральный.

Результаты и обсуждение. Общее количество пораженных провинций достигло шести, все они расположены на северо-западе страны. Источником инфекции в провинции Кабинда стала женщина, вернувшаяся с похорон родственника в провинции Уиже, которая заразила всех членов своей семьи, в результате чего 12 человек скончались. При этом обозначился еще один источник заражения - тела погибших от инфекции людей, к которым во время погребальной церемонии принято прикасаться для прощания. Это было описано как похоронный путь передачи инфекции.

Заболевшая женщина в тяжелом состоянии поступила в приемный покой Центрального госпиталя провинции Кабинда в конце февраля 2005 года. Ведущим синдромом было маточное кровотечение. Больная была осмотрена дежурным гинекологом. Смерть больной наступила в течение часа от момента поступления. О данном случае были срочно информированы дирекция госпиталя, министерство здравоохранения и губернатор провинции. Уже через несколько часов в пригороде Кабинды один из городских госпиталей был переоборудован в обсервационный госпиталь. Туда были госпитализированы члены семьи умершей пациентки и все контактные, включая медицинский персонал. В самом Центральном госпитале был установлен строжайший санитарно-эпидемиологический режим. Все входы в госпиталь охранялись полицией, посещения больных были отменены. Временно была прекращена работа поликлинического отделения. При входе в госпиталь необходимо было надевать одноразовый халат, перчатки, шапочку, маску, бахилы. При выходе вся эта одежда снималась, и ее собирали в специальные контейнеры для утилизации. Было проведено срочное собрание с участием всего медицинского персонала, на котором была доложена информация о симптоматике данного заболевания и путях передачи. Особое внимание врачей должно быть уделено высокотемпературящим

Репозиторий ГрГМУ

пациентам, а также больным, поступающим с клиникой желудочно-кишечного, маточного, носового и другими видами кровотечений. Для перевозки пациентов с подозрением на вирус Марбург в обсервационный госпиталь был выделен специальный санитарный транспорт.

Большую помощь оказали международные организации, в частности всемирная организация здравоохранения, международный Красный Крест, организация «Врачи без границ». Были направлены десятки медицинских экспертов и развернуты мобильные центры в зонах распространения вируса. Были проведены разъяснительные беседы с местным населением. В частности было рекомендовано отказаться от рукопожатия при приветствии, было предложено на этот период времени воздержаться от охоты на мартышек и употребления их в пищу, что в северных провинциях Анголы является привычным в рационе питания. Следует отметить огромную роль телевидения и радио в деле санитарного просвещения населения. Данные мероприятия в провинции Кабинда осуществлялись до конца мая 2005 года. Обсервационный госпиталь функционировал после дня смерти последнего пациента от Лихорадки Марбург еще 42 дня – это срок двойного максимального инкубационного периода.

Согласно официальной статистике за время эпидемии в Республике Ангола умерло 355 человек из 399 заболевших. Об окончательном завершении эпидемии было объявлено в сентябре 2005 года.

Выводы. На государственном уровне с привлечением международных организаций были организованы эффективные формы медицинских, организационных и санитарно-просветительных мероприятий, которые в итоге привели к ликвидации вспышки особо опасной инфекции.

Литература

1. Тропические болезни: Учебник / Под ред. Е.П. Шуваловой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1996. – 544 с.

2. Колоцей В.Н. Болезни тропической Африки / В.Н. Колоцей, Т.Ж. Эшкабилов // Самарканд: СамМИ, 2008. – 186 с.

3. Черкасский Б.Л. Особо опасные инфекции / Б.Л. Черкасский // М.: Медицина, 1996. – 160 с.

Репозиторий ГрГМУ

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ПО УРОВНЮ ВЛАДЕНИЯ АНГЛИЙСКИМ ЯЗЫКОМ

Кондратьев Д.К.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Аттестация профессорско-преподавательского состава в вузе способствует совершенствованию образовательного процесса, выступает средством повышения качества образовательной деятельности, формирует ответственность преподавателя за результаты своего труда и становится ориентирующим и стимулирующим факторами [1, с. 16]. Аттестация преподавателей является инструментом повышения качества образовательных услуг [2, с. 5].

В 2012 году кафедрой иностранных языков Гродненского медицинского университета впервые проведена широкомасштабная аттестация по английскому языку преподавательского состава, преподающего в группах иностранных студентов на английском языке. Аттестация инициирована администрацией университета в рамках программы по экспорту образовательных услуг.

Подобная аттестация никогда не проводилась в вузах Республики Беларусь, об опыте проведения такой аттестации в Российской Федерации или в Украине также ничего не известно. Таким образом, кафедре пришлось полностью создавать нормативную и учебно-методическую базу для проведения аттестации. В определенной степени использовался зарубежный опыт [3].

На основании приказа ректора «Об организации аттестации преподавателей по иностранному языку» № 127 от 22.05.2012 года было разработано «Положение о порядке аттестации по английскому языку профессорско-преподавательского состава УО «Гродненский государственный медицинский университет», преподающего в группах иностранных студентов с английским языком обучения». В соответствии с Положением основными целями аттестации являются стимулирование целенаправленного, постоянного повышения уровня коммуникативной компетенции

Репозиторий ГрГМУ

преподавателей в области английского языка и, как следствие, повышение эффективности их педагогического труда, а также определение необходимости и путей повышения квалификации преподавательского состава по основным видам речевой деятельности на английском языке.

В организационном плане была создана аттестационная комиссия под председательством декана факультета иностранных учащихся, разработан ряд нормативных и методических документов.

Кафедрой разработан следующий порядок проведения аттестации:

1. Проверка уровня владения грамматикой английского языка проводится в форме компьютерного тестирования. Для выполнения предлагается *150 коротких предложений*, сгруппированных по грамматическим темам. Испытуемому предлагается заполнить пропуски, выбрав правильный вариант из нескольких предлагаемых, время на выполнение – 60 минут. Процент правильных ответов определяет компьютер. Высокий уровень = 80%, достаточно высокий – 70%, допустимый – 51%

2. Проверка понимания английской речи на слух: для прослушивания предлагается небольшой фрагмент по общеязыковой тематике продолжительностью 3-4 минуты, начитанный носителем языка. После *двукратного* прослушиванию испытуемый получает письменное задание - вопросы на понимание прослушанного *на русском языке*, на которые он отвечает кратко в письменной форме также на русском языке. Время на ответы – до 15 минут.

3. Проверка навыков чтения и говорения на английском языке: испытуемый получает текст для чтения объемом 1500-2000 печатных знаков по общенаучной тематике. Время на ознакомление с текстом до 10 минут. Затем испытуемый получает три задания:

1) поставить письменно 5 вопросов к тексту к выделенным фрагментам;

2) ответить устно по-английски на 4 поставленных вопроса;

3) устное монологическое высказывание на английском языке по заданной проблемной ситуации (5-7 предложений).

Репозиторий ГрГМУ

4. Проверка навыков говорения на английском языке: передача фраз, предложенных экзаменатором, с русского языка на английский по тематике, моделирующей учебный процесс (например: Передайте на английском языке следующую фразу «Вы пропустили три занятия и не представили до сих пор допуск к занятиям из деканата»). От испытуемого не требуется полный перевод, необходимо передать смысловое содержание русской фразы по-английски. Примерный перечень фраз и тематика предлагались для ознакомления заранее.

По каждому аспекту аттестации выставляется оценка в зависимости от уровня развития языковых компетенций. Выделяются четыре уровня:

1) высокий (четыре балла)
2) достаточно высокий (три балла)
3) допустимый (два балла)
4) ниже ожидаемого (один балл)

Баллы по всем аспектам аттестации суммируются. Таким образом, возможная сумма баллов по всем аспектам тестирования – от 4 до 16.

В аттестационный лист аттестационная комиссия заносит рекомендации по совершенствованию языковых компетенций педагогического работника, по необходимости повышения его квалификации с указанием конкретных языковых аспектов и видов речевой деятельности.

Результаты тестирования: всего протестировано 114 человек, из них высокий уровень (14-16 баллов) показали 37 человек, достаточно высокий уровень (11-13 баллов) – 43 человека, допустимый уровень (8-10 баллов) – 26 человек. 8 человек не прошли аттестацию.

Литература

1. Васильева, Е.Ю. Механизм аттестации преподавателей медицинского вуза: учебное пособие / Е.Ю. Васильева, А.А. Свистунов. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. – 273 с.

2. Совершенствование системы аттестации преподавателей вузов на основе метода электронного портфолио // Материалы проектного семинара / ФГУВПО Сибирский федеральный университет, 2009. – 107 с.

3. The Training of Teachers of a Foreign Language: Developments in Europe / A Report to the European Commission – University of Southampton, UK. – 2002. – 90 p.

Репозиторий ГрГМУ

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИРУЮЩЕГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКЕОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ВЗРОСЛЫХ

Конецкий А.А., Аносов В.С., Лашковский В.В., Тодрик А.Т.*
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»*, Гродно

Вывихи надколенника составляют 0,4-0,7% от общего количества вывихов. Наиболее частыми причинами данной патологии являются:

1. Врожденная функциональная недостаточность соединительной ткани, гипоплазия медиальной головки четырехглавой мышцы бедра.
2. Гипоплазия бедренно-надколенникового сустава (недостаточная глубина блока бедренной кости), высокое стояние надколенника.
3. Травматический вывих надколенника в анамнезе (не восстановленное повреждение медиальной бедренно – надколенниковой связки и удерживателя надколенника).

Общепринятые хирургические методы лечения рецидивирующего вывиха надколенника достаточно травматичны и сопровождаются: расширенным парапателлярным доступом, рассечением капсулы сустава с двух сторон, отсечением и пересадкой медиальной ножки 4-х главой мышцы бедра, транспозицией бугристости большеберцовой кости. Описанные малоинвазивные артроскопические методы лечения не нашли широкого применения по причине отсутствия необходимых имплантов.

Цель: с помощью разработанного хирургического вмешательства восстановить функцию поврежденной бедренно надколенниковой связки и стабилизировать наколенник.

С 2010 г. по настоящее время на базе клиники УЗ «БСМП г. Гродно» оперировано 8 пациентов в возрасте от 18 до 30 лет. В анамнезе преобладала спортивная травма. Перед операцией проводилось обследование: определялось соотношение оси бедра и голени, угол Q, боковая подвижность наколенника.

Репозиторий ГГМУ

Производились стандартные и осевые рентгенограммы, МРТ исследование. При хондромаляции надколенника, повреждении менисков и наличии внутрисуставных тел оперативное вмешательство начиналось с артроскопии коленного сустава.

Суть предлагаемой методики заключается в следующем: по боковым поверхностям наколенника через два прокола мягких тканей на расстоянии 1,5 см между собой сверлом диаметром 2 мм в надколеннике формировались два поперечных канала, через которые проводилась лавсановая лента шириной 5 мм по направлению снаружи внутрь. В области внутреннего надмыщелка бедра, вентральней бугорка приводящих мышц продольно рассекались мягкие ткани из доступа 3 см. С помощью шила в кости формировался дугообразный канал в оси бедра длиной 1,5 см. Зажимом концы лавсановой ленты проводились над удерживателем надколенника в канал бедра при сгибании коленного сустава 90^0. Проверялся объем движений и боковая подвижность надколенника, которая должна соответствовать 1/2 его ширины. После чего концы ленты завязываются и прошиваются в натяжении. Раны послойно ушивались. В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация продолжалась 3 недели с последующим курсом ФТЛ. При наличии пателло-феморального артроза операция дополнялась вентрализациией бугристости б/берцовой кости.

Отдаленные результаты прослежены у 8 пациентов в сроки от 1 до 3 лет. Ни в одном из наблюдений рецидива вывиха не отмечено.

Выводы. Предлагаемый способ эффективен и технически достаточно прост в исполнении. Позволяет достичь стабилизации феморо-пателлярного сустава, сократить сроки реабилитации пациентов с данной патологией, что особенно важно для лиц трудоспособного возраста.

Литература

1. Спортивная травматология / Франке К. // Москва, «Медицина». – 1981. – С. 234-249.

2. Спортивная травматология перевод / Шойлев Д. // Изд. Медицина и физкультура. – София. – 1986. – С. 133-145.

Репозиторий ГрГМУ

ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

Конюх Е.А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В почках активные формы кислорода образуются постоянно, при различных патологических состояниях активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) значительно возрастает. Система антиоксидантной защиты (АОЗ) при нормальном функционировании надежно ограничивает свободнорадикальное окисление и защищает почечные структуры, однако при патологии ее активность снижается [1].

Цель исследования - провести оценку показателей ПОЛ и АОЗ при стандартной терапии гломерулонефрита (ГН) у детей.

Обследованы 23 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет, находившихся на лечении в соматическом отделении УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» по поводу ГН. В зависимости от течения заболевания пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (n=12) – дети с острым ГН (ОГН), 2 группа (n=11) – с хроническим (ХГН). Об интенсивности процесса ПОЛ судили по уровню диеновых коньюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) крови. Активность АОЗ оценивали по содержанию α-токоферола (α-ТФ) в крови, активности каталазы эритроцитов и уровню глутатиона (ГТ) в плазме крови. Пациенты получали стандартную терапию, предусмотренную протоколами обследования и лечения МЗ РБ,

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0 для Windows. Достоверными считали различия между группами при значениях $p<0,05$.

Результаты исследования уровня ДК в эритроцитах крови при остром течении заболевания на фоне стандартной терапии не установили статистически значимых различий у пациентов при поступлении в стационар и при выписке (8,5 (8,2–18,2) Ед/мл и 7,2 (1,1–21,1) Ед/мл, соответственно, $p=0,09$). В плазме крови отмечалась аналогичная картина: 1,4 (0,9–2,2) Ед/мл при поступлении и 0,8 (0,4–1,3) Ед/мл при выписке, $p=0,2$). При

Репозиторий ГрГМУ

хроническом течении ГН динамики уровня ДК в эритроцитах (7,4 (3,6–22,0) Ед/мл и 15,0 (8,0–22,6) Ед/мл, соответсвенно, p=1,0) и в плазме крови (1,8 (1,2–2,4) Ед/мл и 2,9 (1,4–4,4) Ед/мл, соответственно, p=0,5) не выявлено. Проведен сравнительный анализ уровня вторичных продуктов ПОЛ при поступлении в стационар и при выписке. У детей с ОГН при выписке из стационара содержание МДА в эритроцитах составило 18,9 (9,5–32,6) мкмоль/л, в плазме крови – 1,6 (1,2–2,3) мкмоль/л, что достоверно не отличалось от уровня аналогичного показателя при поступлении (p=0,4 и p=0,9, соответственно). В группе детей с ХГН на фоне лечения концентрация МДА в эритроцитах составляла 14,1 (9,2–17,2) мкмоль/л, в плазме крови – 1,7 (1,0–2,3) мкмоль/л. Следует отметить широкий диапазон уровня МДА в крови пациентов, в связи с чем не установлено значимого изменения содержания МДА на фоне проводимой в стационаре терапии (p=0,1 и p=0,7, соответственно).

В процессе исследования изучена также динамика содержания α-ТФ в крови пациентов при проведении терапии (таблица).

Таблица – Динамика содержания α-токоферола в эритроцитах и плазме крови у детей на фоне лечения острого и хронического гломерулонефрита

Подгруппа	α-ТФ в эритроцитах, мкмоль/л	p	α-ТФ в плазме, мкмоль/л	p
1-я группа, при поступлении, (n=12)	0,5 (0,3–1,0)	0,03	6,4 (1,5–10,1)	0,9
1-я группа, при выписке, (n=12)	1,0 (0,7–3,9)		4,8 (2,5–7,1)	
2-я группа, при поступлении, (n=11)	1,3 (1,0–1,5)	0,4	8,5 (1,9–10,0)	0,5
2-я группа II, при выписке, (n=11)	1,4 (1,1–3,9)		4,9 (4,2–8,5)	

Из представленных в таблице 1 данных видно, что проведение стандартной терапии привел к достоверному повышению содержания α-ТФ в эритроцитах при ОГН (p=0,03).

Репозиторий ГрГМУ

Уровень α-ТФ в плазме крови при этом не изменился (p>0,05). Не выявлено статистически значимых различий концентрации α-ТФ эритроцитов и плазмы и при ХГН (p>0,05). На фоне проводимой терапии активность каталазы у пациентов 1-й группы практически не изменилась: при поступлении – 24,8 (21,3–29,8) ммоль H_2O_2/мин/г Hb, при выписке – 24,1 (22,2–25,1) ммоль H_2O_2/мин/г Hb (p=0,4). Аналогичная картина наблюдалась и у детей 2-й группы, где ее активность при поступлении была 25,0 (23,3–27,2) ммоль H_2O_2/мин/г Hb, при выписке – 23,9 (21,9–26,3) ммоль H_2O_2/мин/г Hb (p=0,2). Динамическое исследование концентрации ГТ при выписке из стационара показало отсутствие достоверного изменения уровня этого показателя на фоне проводимой терапии в обеих группах пациентов. У детей с ОГН уровень ГТ при поступлении составлял 7,2 (4,8–9,6) мкмоль/л, при выписке – 6,5 (4,7–9,6) мкмоль/л (p=0,9). При хроническом течении заболевания – 6,2 (5,2–9,9) мкмоль/л и 9,1 (5,6–10,1) мкмоль/л, соответственно (p=0,6).

Анализ полученных данных свидетельствует об отсутствии положительной динамики показателей ПОЛ и АОЗ на фоне стандартной терапии ГН и диктует необходимость поиска средств коррекции выявленных изменений с учетом их назначения в наиболее ранние сроки от начала клинико-лабораторных проявлений заболевания.

Таким образом, на фоне терапии ОГН выявлено повышение уровня α-ТФ в эритроцитах крови (p=0,03). Не установлено изменения активности каталазы эритроцитов, уровней ГТ и α-ТФ плазмы крови при ОГН и ХГН, а также содержания α-ТФ в эритроцитах крови у детей с ХГН при проведении стандартной терапии. Проведение стандартной терапии достоверно не влияет на показатели ПОЛ у пациентов обеих подгрупп (p>0,05).

Литература

1. Oxidative stress in end-stage renal disease: an emerging threat to patient outcome / F. Locatelli [et al.] // Nephrol. Dial. Transplant. – 2003. – Vol. 18 (7). – P. 1272-1280.

Репозиторий ГрГМУ

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ БРОНХОВ КРЫС ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

Коптев М.Н., Пронина Е.Н., Данильченко С.И., Билыч А.Н., Половик А.Ю.
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Хронические обструктивные заболевания лёгких на сегодняшний день стали актуальной медицинской проблемой для большинства экономически развитых стран мира. Статистические данные свидетельствуют о постоянном росте заболеваемости и смертности от этой патологии [6]. Согласно прогнозам ВОЗ к 2020 году количество смертей, вызванных хроническими обструктивными заболеваниями лёгких, будет составлять 4,7 млн. случаев за год [4].

Ведущую роль в возникновении и развитии данной патологии играет воздействие ингаляционных патогенных частиц или газов на течение воспалительных процессов в бронхах [6]. Однако патогенез процесса в дальнейшем во многом будет зависеть от многих сопутствующих факторов, среди которых следует отметить воздействие острых и хронических стрессов. Стресс-реакции, возникающие в организме, очень часто превращаются из звена адаптации в звено патогенеза множества заболеваний [1,7].

Целью работы было исследование влияния экспериментального острого иммобилизационного стресса на бронхиальное дерево крысы.

Работа был выполнена на 40 белых крысах-самцах линии Вистар. Возраст подопытных животных составлял 8-10 месяцев, масса тела – 240-260 грамм. 20 подопытных животных были подвергнуты воздействию острого иммобилизационного стресса (I, экспериментальная группа). Оставшиеся 20 крыс составили вторую, контрольную группу. Крысы из контрольной группы содержались в стандартных условиях вивария академии и не были задействованы в проведении каких-либо других исследований или экспериментов.

Репозиторий ГрГМУ

Острый иммобилизационный стресс воспроизводили путем однократной 6-часовой фиксации крыс за конечности в положении лёжа на спине. Забой экспериментальных животных проводили через 2 часа после окончания эксперимента путем декапитации под внутрибрюшинным тиопенталовым наркозом.

Экспериментальная часть исследования проводилась с соблюдением требований международных принципов «Европейской Конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях» (Страсбург, 18.03.1986 г.) и соответствующего закона Украины «О защите животных от жестокого обращения» (№ 3446-IV от 21.02.2006 г., Киев) [3, 5].

После раскрытия грудной клетки крысы и общего осмотра её органов производился забор материала для гистологического исследования. Кусочки легкого фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, затем помещали в парафин по общепринятой методике [2]. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином, по Харту-Ван-Гизону и Маллори. Для приготовления полутонких срезов кусочки лёгкого фиксировали в 4% глютаровом альдегиде. Полутонкие срезы окрашивали толуидиновым синим.

Макроскопический осмотр внутрилегочных бронхов крыс экспериментальной группы показал, что их слизистая оболочка имела красно-розовый цвет с множественными очагами полиморфных кровоизлияний. Просветы бронхов были заполнены содержимым слизисто-геморрагического характера.

Гистологическое исследование выявило в слизистой оболочке мелких внутрилегочных бронхов крыс I группы вакуолизацию цитоплазмы эпителиоцитов, разрушение межклеточных контактов. Эпителиальный слой при этом терял свою целостность, в просветах бронхов определялось множество эритроцитов и клеточный детрит. Соединительная ткань собственной пластинки слизистой оболочки бронхов была гипергидратирована. В мелких бронхах об её отёчности свидетельствовало разрыхление коллагеновых и эластических волокон аморфным веществом. На срезах, окрашенных по Харту-Ван Гизону, отмечалось утолщение эластического каркаса в средней оболочке мелких бронхов. В наружной,

Репозиторий ГрГМУ

адвентициальной, оболочке мелких бронхов среди волокнистой соединительной ткани, образованной фибробластами, коллагеновыми и эластическими волокнами, в значительном количестве определялись клетки лейкоцитарного ряда – макрофаги и плазмоциты.

У животных контрольной группы подобные изменения в мелких бронхах не определялись.

Морфометрическое изучение толщины эпителия слизистой оболочки мелких бронхов левого лёгкого показало её увеличение у крыс экспериментальной группы на 85,9%, по сравнению с контролем (16,51±0,52 мкм и 8,88±0,40 мкм соответственно, $p<0,01$). Справа толщина эпителиального слоя у крыс I группы выросла на 87,4%, с 8,74±0,38 мкм до 16,38±0,43 мкм ($p<0,01$).

Гистологическое исследование средних бронхов показало, что воздействие экспериментального острого иммобилизационного стресса также вызывает деструктивные процессы в слизистой оболочке. При этом разрушаются межклеточные связи, происходит десквамация эпителиоцитов в просветы бронхов. В субэпителиальной зоне отмечалось скопление лимфоцитов и отдельные лимфоидные узелки. Собственная пластинка слизистой оболочки средних бронхов также имела признаки гипергидратации: оптически светлое аморфное вещество преобладало над волокнистыми и клеточными компонентами. Среди соединительнотканных клеток адвентиции средних бронхов отмечалось наличие значительного количества мастоцитов и плазматических клеток.

У животных контрольной группы патологических изменений в средних бронхах выявлено не было.

Морфометрическое исследование толщины эпителия слизистой оболочки средних бронхов показало его утолщение у крыс экспериментальной группы по сравнению с контролем на 65,7% в левом лёгком (с 13,26±0,53 мкм до 21,97±0,53, $p<0,01$). Справа толщина эпителиального слоя соответственно увеличилась на 65,9%, с 13,31±0,49 мкм до 22,08±0,5 мкм ($p<0,01$).

Таким образом, экспериментальный острый иммобилизационнный стресс приводит к существенным гистологическим изменениям во внутрилегочных бронхах крыс

Репозиторий ГрГМУ

линии Вистар: вакуолизации цитоплазмы эпителиоцитов слизистой оболочки, разрушению межклеточных контактов между ними с накоплением в просветах бронхов клеточного детрита; гипергидратации собственной пластинки слизистой оболочки, утолщению эластического каркаса в средней оболочке мелких бронхов. Выявленные изменения могут способствовать возникновению и развитию заболеваний бронхо-легочной системы.

Литература

1. Васильева Л.С. Перекисное окисление липидов и состояние сурфактанта лёгких при стрессе и его ограничении / Л.С. Васильева, О.А. Макарова, Н.Г. Макарова // Морфология. – 2001. – № 4. – С. 67-68.

2. Волкова О.В. Основы гистологии с гистологической техникой / О.В. Волкова, Ю.К. Елецкий. – М.: Медицина, 1971. – 272 с.

3. Закон України «Про захист тварин від жорстокого поводження» № 3447 – IV від 21.02.2006 – К., 2006. – 18 с.

4. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: Монография / [под редакцией А.Г. Чучалина] – М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008. – 568 с.

5. European convention for the protection of vertebrate animals used for experimental and other scientific purposes. – Council of Europe, Strasbourg, 1986. – 53 p.

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of obstructive lung disease: NHLBI/WHO Workshop. – 2009, 93 p.

7. Gorban A.N. Law of the minimum paradoxes / A.N.Gorban, L.I.Pokidysheva, E.V.Smirnova [et al.] // Bull. Math. Biol. – 2011. – Vol. 73. – № 9. – P. 2013-2044.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ

Королева Е.Г., Козел Л.В., Хлебопашникова О.И.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Эмоциональный интеллект (ЭИ) часто преподносится как абсолютный ключ к успеху во всех сферах жизни: в школе, на работе, во взаимоотношениях. Считается, что ЭИ куда более важный фактор для успеха человека, чем «обычный» интеллект. Именно благодаря ему люди становятся бизнесменами, топ-менеджерами и эффективными политиками.

Люди с развитым ЭИ лучше находят решения проблемы и справляются с любого рода трудными ситуациями значительно быстрее.

Известно, что эмоциональный интеллект обеспечивает

Репозиторий ГрГМУ

успешность деятельности и процессов внутриличностного и межличностного взаимодействия.

При нарушении составляющих эмоционального интеллекта, происходит нарушение полноценного взаимодействия и деятельности целостной структуры, что становится причиной развития невроза.

Актуальность исследования. При учете факторов ЭИ будет более понятно над чем целенаправленно надо работать психотерапевтам и какие психотерапевтические направления использовать при лечении пациентов с неврозами.

Учитывая, что у пациентов с неврозами возникают наибольшие проблемы с социальной адаптацией, нами была поставлена *цель* - выявить особенности эмоционального интеллекта у больных неврозами.

При этом задачами исследования явились:

1. Изучить зависимость эмоционального интеллекта, особенности его проявления и развития с учётом поло-ролевого, возрастного факторов и образования.

2. Изучить особенности ЭИ у пациентов с преобладанием жалоб соматического и невротического профиля.

3. Сравнить ЭИ пациентов с контрольной группой, т.е. со здоровыми людьми.

Методы исследования. При проведении исследования использовались: беседа, интервью, тест Холла «Опросник на эмоциональный интеллект», проективная методика «Дом. Дерево. Человек».

Математические методы обработки данных: статистические методы (t-критерий Стьюдента, критерий Крускала-Уоллиса, критерий Вилкоксона).

Методика, предложенная Н. Холлом, состоит из 30 утверждений и содержит 5 шкал: эмоциональная осведомленность, эмпатия, самомотивация, управления своими эмоциями, распознавание эмоций других людей.

Было исследовано 50 пациентов отделения неврозов 3-й клинической больницы. Из них 35 женщин 15 мужчин. Для сравнения результатов была создана контрольная группа, которая состоит из 10 человек, у которых были выявлены высокие показатели эмоционального интеллекта (ЭИ).

Репозиторий ГрГМУ

Возраст: от 30 до 50 лет было 24 человека, до 30 лет -11 человек и после 50 - 15 человек. По образованию: основная масса 42 человека с высшим и средним специальным образованием.

Выводы.

1. В контрольной группе показатели ЭИ значительно выше, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Если рассмотреть показатели пациентов, то мы заметим, что все показатели значительно ниже. Но при этом можно отметить, что показатель эмпатии достаточно высок. А результат по шкале «Распознавание эмоций других людей» также имеет положительное значение. Следовательно, можно сказать, что эмпатия и способность распознавания эмоций других людей в некоторой степени взаимосвязаны.

В результате исследования выяснилось, что наибольшие проблемы пациенты имеют с управлением своими эмоциями (нет способности противостоять стрессовым ситуациям без симптомов физического или эмоционального напряжения); не могут ощущать полноценность своей жизни и удовлетворенность собой; нет способности выявлять и формулировать свои проблемы и находить пути их эффективного решения.

2. По проективному тесту было выявлено, что симптоматика у исследуемых пациентов определяется диссонансом между эмоциональным дискомфортом, мыслями о своей несостоятельности, желания контактов, большей теплоты от семьи-дома и нереализованным, бессознательным желанием властвовать и доминировать. Из-за столкновения противоположных тенденций, нереализованных и скрытых желаний, возникает внутриличностный конфликт, который порождает тревогу, страх и напряжение, отображаемые в симптоматике.

Из-за внутриличностного конфликта появляются проблемы в отношениях с людьми и личной жизни, появляется болезненная реакция на критику, фиксированность на собственной персоне, стремление быть самым лучшим, нехватка новых ощущений. Им важно то, как их воспринимают и оценивают окружающие, они страдают от соперничества и от гипертрофированного чувства зависти. С одной стороны ощущение себя посредственностью и никчемностью, а с другой стороны жажда величия и могущества.

Репозиторий ГрГМУ

3. Мужчины и женщины с различной интенсивностью и различными способами выражают свои эмоции.

Выявлен более высокий уровень развития эмоционального интеллекта у женщин в связи с тем, что признаки эмоционального интеллекта, нагружающие фактор «понимание эмоций» (эмоциональная осведомлённость, эмпатия и распознавание эмоций других людей), у женщин выше, чем у мужчин.

4. У пациентов даже значительный уровень « обычного» интеллекта недостаточен для эмоциональной и социальной адаптивности индивида к окружению. В результате были получены данные, что у женщин со средне – специальным образованием самомотивация выше, чем у женщин со средним образованием. Эмпатия у женщин с высшим образование выше, чем у женщин со средне-специальным.

5. Эмоциональная осведомленность и эмпатия у женщин в возрасте от 19 до 50 лет более выражена, чем у мужчин этой же возрастной категории. С увеличением возраста совершенствуется навык в управлении своими эмоциями, распознавании эмоций других и развитии эмпатии.

6. При сравнении пациентов с преобладанием невротических или соматических симптомов были выявлены следующие различия в эмоциональном интеллекте: самомотивация, эмпатия, распознавание эмоций других более выражены у пациентов с преобладанием соматических симптомов. А у невротических пациентов эти показатели ниже, т.е. можно сказать, что пациенты с соматическими симптомами по ЭИ ближе к здоровой группе.

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ СОТРУДНИКОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Королёв П.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Реализация государственной политики Республики Беларусь в сфере интеллектуальной собственности требует от учреждений

Репозиторий ГрГМУ

науки и образования дальнейшего совершенствования инновационной и изобретательской деятельности [1].

Обеспечение научно-технического прогресса в медицине необходимо для повышения качества медицинской помощи населению и в значительной степени достигается за счёт активизации и использования интеллектуального потенциала медицинских работников путём разработки ими научно-технических решений на уровне мировой новизны с обеспечением защиты их патентами на изобретения.

Кроме того, высокий изобретательский потенциал профессорско-преподавательского коллектива способствует формированию международного имиджа учреждения науки и образования.

Цель исследования – проанализировать изобретательскую активность сотрудников Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ) за период с 01.01.2001 г. по 18.05.2013 г.

Для реализации поставленной цели была использована база данных изобретений, полезных моделей и товарных знаков Национального центра интеллектуальной собственности (НЦИС) Государственного комитета по науке и технологиям Республики Беларусь [2].

В результате проведенного исследования установлено, что за указанный выше период времени сотрудники ГрГМУ получили:

- 221 патент на изобретения,
- 63 патента на полезные модели,
- 2 свидетельства на товарные знаки,
- на рассмотрении в НЦИС находится 77 опубликованных заявок на изобретения.

По всем вышеуказанным показателям ГрГМУ занимает на дату исследования лидирующее положение среди медицинских университетов страны.

Это дает основание считать, что ГрГМУ добился достаточно высоких результатов в области охраны объектов интеллектуальной собственности и встречает свой 55-летний юбилей с хорошими показателями изобретательской активности.

Репозиторий ГрГМУ

Однако следует отметить, что наряду с достигнутыми успехами недостаточное внимание уделяется вопросам поддержания патентов в силе и коммерциализации изобретений.

Стратегия Республики Беларусь в сфере интеллектуальной собственности на 2012-2020 годы предусматривает увеличение до 25 процентов удельного количества подаваемых субъектами Республики Беларусь в НЦИС заявок на выдачу патентов на изобретения, увеличение в 2 раза количества подаваемых субъектами Республики Беларусь международных заявок по процедуре Договора о патентной кооперации (PCT) и заявок на получение патента в странах – участницах Евразийской патентной конвенции [1].

Реализация указанной стратегии потребует от сотрудников ГрГМУ существенного увеличения изобретательской активности в ближайшие годы.

Литература

1. Стратегия Республики Беларусь в сфере интеллектуальной собственности на 2012-2020 годы. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 02.03.2012 № 205 - [Электронный ресурс]. – 2013. - Режим доступа: http://www.government.by/upload/docs/filee47cee067b75e8cd. PDF – Дата доступа: 12.04.2013.

2. Национальный центр интеллектуальной собственности. Базы данных - [Электронный ресурс]. – 2013. - Режим доступа: http://www.belgospatent.org.by/ – Дата доступа: 18.05.2013.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ИСТОРИИ БЕЛАРУСИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В УО «ГрГМУ»

Королёнок Л.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Увеличение экспорта образовательных услуг сегодня является одной из ключевых задач не только системы образования, но и государства в целом. В структуре экспорта услуг Республики Беларусь образовательные услуги занимают 80% [1]. Одним из способов привлечения большего числа иностранных студентов является обучение на английском языке. В настоящее время, подготовка специалистов на английском языке ведется в БГУ, БГМУ, БГУИР, МГЛУ, Гомельском и

Репозиторий ГрГМУ

Гродненском государственных медицинских университетах [1].

Целью данной работы является рассмотрение особенностей преподавания истории Беларуси на английском языке для студентов-иностранцев УО «ГрГМУ».

Правильное определение задач преподавания имеет первостепенное значение для всего построения учебного процесса, характера объяснений, подбора упражнений, контроля знаний. Преподавание истории Беларуси на английском языке имеет ряд особенностей. География студентов УО «ГрГМУ» широка: здесь учатся студенты из Азии, Африки, Латинской Америки. Уровень знания английского языка у студентов разный, кроме того диалектические особенности также влияют на процесс усвоения материала по дисциплинам. Поэтому, очень важной задачей преподавания является обеспечение понимания. В связи с этим визуализация материала приобретает особую значимость. Достигается это, прежде всего, путем использования мультимедийных лекций, видеофильмов, издания иллюстрированных учебных пособий, разработки раздаточного материала по предметам.

В процессе изучения курса «История Беларуси» используются картины, гравюры, фотографии, рисунки, иллюстрирующие важные даты и события, портреты исторических деятелей, а также фотографии памятников искусства и культуры. Мультимедийные лекции облегчают усвоение исторической терминологии, т.е. слов и словосочетаний, обозначающих те или иные понятия и явления истории. В состав данной терминологии входят архаизмы, термины по этнографии (этнографизмы), антропонимы (собственные исторические имена, произношение которых вызывает трудности у обучаемых), термины по мифологии и культуре, обозначающие специфические элементы (ксенонимы). Историзмами являются, например, слова *боярин*, *шляхтич*, *каша*, *наместник* и т.д. Известные ксенонимы-русизмы – *Cossack*, *Duma*, *Tsar*.

Для того, чтобы правильно сформулировать задачи преподавания любой дисциплины для иностранных студентов, необходимо уяснить себе особенности этого учебного предмета. Безусловно, преподавание истории Беларуси осуществляется с

Репозиторий ГрГМУ

учетом специфики медицинского университета. Несмотря на то, что все темы типовой программы находят свое отражение в рабочей программе для студентов, обучающихся на английском языке, объем материала несколько меньше, т.к. основная специализация студентов медицина, а не история. В частности, преподавание курса «История Беларуси» осуществляется в русле антропологически ориентированной истории, нежели социально-экономической. Поэтому большое внимание уделяется знакомству с культурой Беларуси, что, в свою очередь, помогает студентам в процессе адаптации. В качестве обучающего материала студентам предлагаются распечатки с текстами о видных деятелях Беларуси (Е. Полоцкая, С. Будны, Ф. Скорина, К. Острожский, Барбара Радзивилл, К. Калиновский и т.д.), архитектурных памятниках (Мирский замок, Несвиж, Старый и Новый замки Гродно и т.д.), событиях (Грюнвальдская битва, Хатынь, Брестская крепость и т.д.). На семинарских занятиях студентам предлагается прочитать стихи М. Богдановича, М. Танка, Я. Купалы, К. Крапивы и др. на английском языке, прослушать национальную белорусскую музыку.

Особенно большие возможности для расширения общего образования студентов и их воспитания, а также углубления интереса к изучаемой дисциплине дает внеаудиторная работа. Одним из элементов этой работы является проведение обзорных экскурсий по Гродно (старый город, Новый свет), посещение экспозиций Старого и Нового замков, музея М. Богдановича, музея религии. Это не только расширяет кругозор студентов, но и непосредственно обогащает знания студентов по истории и культуре Беларуси. Как правило, экскурсии организовываются в конце семестра, когда многие темы уже пройдены. Это помогает обобщить материал т.к. скажем, музейная информация «вплетается» в уже полученные знания по истории.

Для студентов-иностранцев большую роль играет наличие учебного пособия. Прежде всего, это экономит время на лекции, т.к. студентам нет необходимости конспектировать весь материал, а можно фиксировать только наиболее важные моменты, своеобразные отправные точки в изучении темы, опора на которые поможет при подготовке к семинарскому занятию и ориентированию в учебном пособии.

Репозиторий ГрГМУ

В ходе преподавания истории Беларуси для иностранных студентов на английском языке преподаватель сталкивается с рядом трудностей. Студенты зачастую не знакомы с событиями европейской истории, и то, что для белорусских студентов понятно и известно, для иностранцев требует особого разъяснения. Например, они не всегда знают, что такое Крестовые походы, Возрождение, Реформация и т.д. Следовательно, приходится объяснять общие понятия, а лишь потом их специфику протекания на территории Беларуси. Поэтому при изучении ряда тем по истории Беларуси преподаватель должен проводить параллели с историей стран, из которых приехали студенты.

Таким образом, преподавание курса «История Беларуси» для студентов-иностранцев имеет ряд особенностей. В то же время изучение истории Беларуси представляет широкие возможности для расширения общего образования студентов-иностранцев, для их воспитания и успешной адаптации в условиях незнакомой для них страны.

Литература

1. Беларусь готова наращивать экспорт образовательных услуг // Finatica.by [Электронный ресурс].– 2013. – Режим доступа: http://finatica.by/news/27644-belarus-gotova-narashhivat-jeksport-obrazovatelnih-uslug. – Дата доступа: 14.05.2013.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМОЙ В г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кринец Ж.М., Ломаник И.Ф., Сарвас А.С., Тоболевич А.Ю.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Ретинобластома - наиболее частая первичная злокачественная нейроэктодермальная опухоль, развивающаяся из нервных клеток эмбриональной сетчатки любого отдела её оптической части. Причиной развития ретинобластомы является мутация на уровне 13-пары хромосом. Распространённость - 1 случай на 20 000 детей. Летальность при ретинобластоме составляет 15%. По данным Республиканского канцер-регистра, в Республике Беларусь за период с 1989 по 2006 гг. летальность снизилась с 0,32 до 0,16 на 100000

Репозиторий ГГМУ

населения, а однолетняя выживаемость повысилась с 85% до 92,35% [1].

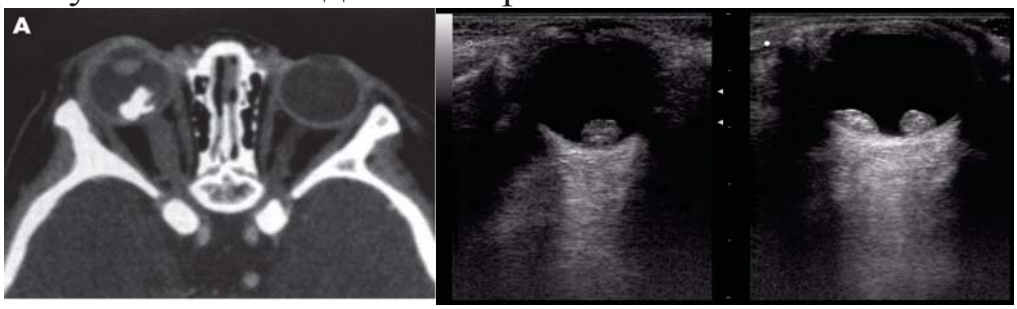
Одним из первых симптомов ретинобластомы является «кошачий глаз», или лейкокория, свечение в одном или обоих глазах.

К сожалению, этот симптом появляется при достаточно большом размере опухоли. Небольшие опухоли центрального расположения способны до появления лейкокории приводить к потере зрения в центральной части, потере бинокулярного зрения, следствием чего нередко является косоглазие. Нарушается отток глазной жидкости и повышается глазное давление. Появляется боль в глазу, она возникает за счет повышения внутриглазного давления при росте опухоли, расширение зрачка и отсутствие его реакции на свет («фиксированный зрачок»). Таким образом, актуальной проблемой является своевременная диагностика ретинобластомы на начальной стадии развития до ее экстраокулярного распространения, что позволяет назначить органосохраняющее лечение.

Цель исследования - изучить частоту встречаемости бинокулярных и монокулярных ретинобластом по Гродно и Гродненской области, изучить причины поздней первичной диагностики.

Материалы и методы: нами проанализированы амбулаторные карты 20 пациентов, проживающих в г. Гродно и Гродненской области. По г. Гродно: Октябрьский район – 5 детей (25%); Ленинский – 4 (20%); г. Лида – 6 (30%), г. Новогрудок – 1 (5%), г. Ошмяны – 1 (5%), Дятлово – 3 (15%). Всего из них 7 (35%) мальчиков, 13 (65%) девочек.

Диагноз устанавливался на основании данных офтальмологического осмотра, компьютерной томографии, ультразвукового исследования орбит.



Репозиторий ГрГМУ

Стадия заболевания выставлялась в соответствии с общепринятой современной классификацией ретинобластомы по Reese-Ellsworth по первичным данным обследования.

Результаты. У 12 (60%) детей обнаружен двусторонний процесс, а у 8 (40%) – односторонний. Ретинобластома была выявлена в возрасте до 6 мес. у 2 (10%) детей, с 6 мес. до 1 года – у 5 (25%) детей, после 1 года – у 13 (65%) детей. Ретинобластома была диагностирована в стадии Т2 – 4 (12,5%) глаза, в стадии Т3 – 28 (87,5%) глаз (Т3а – 21 глаз, Т3b – 7 глаз). По данным амбулаторных карт у 17 (85%) детей отягощен анамнез (риск новорожденных по врожденной внутриутробной инфекции – 10, по поражению ЦНС – 6, по анемии - 1).

В пяти случаях один из первых симптомов ретинобластомы, «кошачий глаз» (свечение в одном или обоих глазах), был замечен родителями ребенка. В трех случаях поводом обращения к офтальмологу явилось появление косоглазия. У остальных детей ретинобластома была выявлена при осмотре врачом-офтальмологом в поликлинике.

Лечебная тактика основывалась на протоколе ведения больных с ретинобластомой, утвержденном к применению в онкологических отделениях Республики Беларусь. Всем пациентам проводилась неоадъювантная полихимиотерапия: два блока внутривенного введения этопозида и карбоплатина с интервалом в 21 день. Энуклеация при односторонней ретинобластоме – 7 глаз, при двустороннем процессе - 5 глаз; химиотерапия – 20 детей (32 глаза), брахитерапия – 7 глаз, крио-, лазеркоагуляция – 11 глаз.

Выводы.

1. Частота встречаемости бинокулярных ретинобластом по Гродно и Гродненской области в 1,5 раза больше, чем монокулярных и составляет 60%.
2. Повысить процент выявляемости ретинобластомы на более ранних стадиях необходимо путем улучшения эффективности ранней диагностики и внедрения пренатальной диагностики.
3. Проведение профилактических осмотров новорожденных и детального обследования групп высокого риска, их семей необходимо для планирования рождения здорового потомства.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Фурманчук, А.В. Первый опыт проведения термохимиотерапии в сочетании с лазерной коагуляцией сетчатки в лечении интраокулярной ретинобластомы в Республике Беларусь / А.В. Фурманчук, И.Н. Смирнов // Офтальмология. Вост. Европа. – 2012. – № 11. – С. 24.

ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ

Кринец Ж.М., Ильина С.Н., Чернова И.И., Радушкевич И.Г., Леменовская П.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Проблемы со зрением выявляются у одного ребёнка из двадцати дошкольников и у одного из четырёх школьников. Распространённость близорукости среди учащихся современных общеобразовательных учреждений высокая и находится в пределах 25-30%. В течение одиннадцати лет обучения в общеобразовательном учреждении происходит постепенное увеличение распространённости близорукости с 4,1-8,6% в первых классах до 46-52% в одиннадцатых. Ежегодно прирост детей с близорукостью составляет в среднем 5% [1]. Одной из причин развития и прогрессирования миопии в школьном возрасте (за исключением наследственной и врожденной миопии) является спазм аккомодации. Поэтому вопросы её ранней диагностики, лечения и особенно профилактики у учащихся представляют особую актуальность.

Цель исследования. Определить распространенность спазма аккомодации среди школьников, его клинические особенности, проанализировать результаты комплексного лечения.

Материалы и методы. Нами обследовано 127 детей с диагнозом спазм аккомодации, которые обратились к офтальмологу в детскую поликлинику № 1 г. Гродно с 2011 г. по 2012 г.

Пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование, которое включало определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией, определение клинической рефракции путем скиаскопии в условиях циклоплегии после трехдневной инстилляции 1% раствора сульфата атропина, биомикроскопию, офтальмоскопию, определение запаса относительной

Репозиторий ГрГМУ

аккомодации (ЗОА).

Результаты и обсуждение. У 127 (4,0% от общего количества обратившихся на прием в поликлинику) обследованных (55 мальчиков и 72 девочки) выявлен спазм аккомодации (СА): у 72 - нестойкий, у 37 - умеренно стойкий и у 18 - стойкий. С возрастом отмечалось увеличение доли умеренно стойкого и стойкого спазма аккомодации. Среди обследованных спазм аккомодации выявлен у 35 детей 7–11 лет (27,6%) ,среди них 24 девочки (18,9%) и 11 мальчиков (8,7%), 11–14 лет - у 84 детей (66,1%), среди них 43 девочки (33,8%) и 41 мальчик (32,3%), 14–17 лет - у 8 детей (6,3%), среди них 5 девочек (3,9%) и 3 мальчика (2,4%). У детей 11–14 лет частота спазма аккомодации резко возрастает. Наиболее высокий уровень СА среди девочек отмечается в возрасте 11–12 лет, а среди мальчиков - в возрасте 13–14 лет. Увеличение частоты СА совпадает с препубертатным периодом, а также с периодом полового созревания с наиболее интенсивным ростом и нейроэндокринными сдвигами в организме у детей. Именно в этом возрасте у школьников повышается зрительная нагрузка. Снижение остроты зрения при СА в 67,8% случаев сопровождалось астенопическими жалобами. При зрительной нагрузке школьники отмечали боль в глазах, в области лба и виска, головную боль, головокружение, раздражительность, быструю утомляемость. В 32,3% случаев нарушение аккомодации не сопровождалось клиническими признаками. В связи с этим для раннего выявления и лечения нарушений аккомодации профилактические осмотры детей школьного возраста имеют особое значение. При нестойком спазме аккомодации проводили оптическое и дистантное микрозатуманивание, «стеклянную атропинизацию» и дивергентную дезаккомодацию по А.И. Дашевскому. Назначали инстилляции в оба глаза 1% раствора тропикамида на ночь. Амбулаторно проводили оптико-дистантное микрозатуманивание (10–12 занятий).

После лечения удалось добиться ослабления рефракции, повышения остроты зрения и ЗОА, исчезли астенопические жалобы. Поскольку развитию и усилению спазма аккомодации способствуют локальные и общие расстройства организма, все дети с этим нарушением были обследованы специалистами. Наиболее часто у школьников встречались анемии (87,2%),

Репозиторий ГрГМУ

эндемический зоб (70,2%), кариес (54,9%), астеновегетативный синдром (28,0%), хронический тонзиллит (24,8%), глистная инвазия (18,6%), аденоиды (15,7%) и другая соматическая патология (7,4%). Все школьники со спазмом аккомодации были взяты на диспансерный учет. После лечения для закрепления результатов при работе им рекомендовались положительные линзы 1,0 дптр, домашние тренировки с дырчатыми очками-тренажерами. Всем детям с сопутствующей патологией специалистами было назначено соответствующее лечение. Особое внимание уделялось общей санации организма (дегельминтизации, санации полости рта и носоглотки).

Одним из основных средств профилактики спазма аккомодации в детском и подростковом возрасте следует считать создание благоприятных условий для зрительной работы в школе. Учащиеся должны соблюдать режим труда и отдыха. Большое значение для предупреждения прогрессирования спазма аккомодации имеют благоприятные гигиенические условия - правильное и достаточное освещение, правильная посадка детей во время занятий. При жалобах на утомляемость глаз, нарушение зрения дети должны обследоваться офтальмологом.

Выводы.

1. Распространенность спазма аккомодации среди школьников составляет 4,0% от общего числа обследованных. Среди мальчиков спазм аккомодации встречается реже (43,3%), чем у девочек (56,7%).

2. С возрастом число детей со спазмом аккомодации увеличивается, особенно среди девочек. Наиболее часто у них он выявляется в 11-13 лет, у мальчиков – в 12-14.

3. Критериями эффективности лечения СА служат ослабление рефракции, повышение остроты зрения и ЗОА, исчезновение астенопических жалоб.

4. Спазм аккомодации является одной из причин развития и прогрессирования миопии у детей школьного возраста. В связи с этим большое значение имеют профилактические осмотры для раннего выявления и лечения нарушений аккомодации.

Литература

1. Ананин, В.Ф. Теоретические основы спазма аккомодации / В.Ф. Ананин // Офтальмол. журн. - 1991. - № 1. - С. 5-10.

Репозиторий ГрГМУ

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНИТОРИНГА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Кроткова Е.Н., Кузьмич И.А., Жураковская Я.Ф.
УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница»

Нерациональная антибиотикотерапия, особенно в условиях инфекционного стационара, способствует формированию госпитальных резервуаров резистентных штаммов бактерий, что создает серьезные проблемы с лечением инфекций, а также увеличивает затраты на химиотерапию, продолжительность стационарного лечения. Все это определяет необходимость проведения постоянного мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов.

Материалы и методы. В бактериологической лаборатории учреждения здравоохранения «Гродненская областная инфекционная клиническая больница» (далее – УЗ «ГОИКБ») исследовано 2190 культур (1035 – в 2011 г., 1155 – в 2012 г.). Материалом для исследования являлась слизь из зева, нативный кал, гной, раны, цервикальный канал, желчь, мокрота, промывные воды бронхов, кровь на стерильность. Идентификация возбудителя и антибиотикочувствительность исследуемых штаммов проводилась на автоматическом микробиологическом анализаторе «Vitec».

Результаты и обсуждение. По результатам бактериологического исследования кала, мазков на патогенную кишечную флору пациентов с острыми кишечными инфекциями в УЗ «ГОИКБ» получено 637 «положительных находок», что составило 52,6%. Среди выделенной микрофлоры преобладала S. Enteritidis – 91,6%, S.Typhimurium – 6,4%, St.aureus – 2,3%, Pr.mirabilis – 1,8%, Citrobacter freundi – 1,3%, Pr.vulgaris – 1,6%.

По результатам бактериологического исследования гноя, ран, мазков из зева, цервикального канала, желчи, мокроты, промывных вод бронхов получено St.aureus – 54,1%, Ps.aeruginosae – 38,6%, E.coli – 37,1%, Keebs.pneumoniae – 19,5%,

Репозиторий ГрГМУ

Acinetobacter baumanii – 4,6%, сем. Enterococcus – 3,7%, Serracia fanticola – 1,3%.

Уточнена чувствительность S. Enteritidis и S.Typhimurium к антибактериальным препаратам и выявлен высокий уровень резистентности к цефалотину (76%), цефазолину (79%), цефуроксиму (83%), цефуроксим ацетилу (86%), цефокситину (71%), гентамицину (96%), тобрамицину (81%), нитрофурантоину (84%).

Штаммы Ps.aeruginosae проявляют резистентность к ампициллину (86%), амоксициклину (93%), пиперациллину (97%), цефалотину (94%), цефуроксиму (84%), цефокситину (92%), цефподоксиму, цефтазидиму (96%), цефтриаксону (94%), цефепиму (84%), гентамицину (89%), тобрамицину (96%), ципрофлоксацину (87%), левофлоксацину (92%), норфлоксацину (92%), нитрофурантоину (56%), триметоприму (69%).

Штаммы Acinetobacter baumanii резистентны к амоксиклаву (96%), ампициллину (96%), цефалотину (56%), цефокситину (36%), цефазолину (97%), цефподоксиму (96%), фторхинолонам-левофлоксацину (93%) и ципрофлоксацину (91%), нитрофурантоину (86%).

Штаммы Kl.pneumoniae резистентны к полусинтетическим пенициллинам-ампициллинам (96%) и амоксициллинам (93%), цефалотину (86%), цефподоксиму (92%), цефалоспаринам II поколения-цефуроксиму (78%), цефотаксиму (73%), гентамицину (82%), тетрациклину (84%), фторхинолонам-левофлоксацину (74%) и ципрофлоксацину (61%), нитрофурантоину (36%).

За 2012 г. проведено 673 исследования крови на стерильность. В этиологической структуре преобладали: St. aureus (34,6%), St.saprophyticus (30,7%), St. haemolyticus (23%), Enterococcus (11,5%).

Все выделенные штаммы St.aureus обладали резистентностью к оксациллину в 46,3%; St.haemolyticus резистентен к аксациллину (96%), клиндамицину (96%), левофлоксацину (87%).

Проводимый мониторинг позволяет выявить изменение чувствительности циркулирующих штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам, тем самым своевременно корректировать этиотропную терапию и рационально

Репозиторий ГрГМУ

использовать бюджетные средства на приобретение лекарственных препаратов.

В структуре лекарственных средств, приобретаемых и используемых в УЗ «ГОИКБ», удельный вес антибактериальных препаратов увеличился с 33% в 2011 году до 36,1% в 2012 году, из них 98,7% - парентеральные формы.

Вместе с тем, несмотря на значительный рост стоимости, благодаря рациональному использованию с учетом данных лекарственной чувствительности, увеличения расходов на приобретение антибактериальных препаратов нет: в 2010 году – 506 млн. бел. рублей, в 2011 – 510 млн. бел. рублей, 2012 – 382 млн. бел. рублей.

Удельный вес в структуре всех используемых антибактериальных препаратов.

Цефалоспориновый ряд в 2012 году снизился по отношению к 2011 году на 13,7% (с 54,3% до 40,6%), макролидов на 6,7% (с 8% до 1,3%), в то же время выросло использование карбопенемов на 24,5% (с 13% до 37,5%), среди которых преобладает меронем. Цефалоспорины II поколения не использовались. В 14,5% случаях использовались защищенные пенициллины, в 2,8% - линезолиды (зивокс), в 1,2% - гликопептиды. Препараты других групп в структуре антибактериальных препаратов занимают 0,2%. Преобладают антибактериальные препараты отечественного производства – 59% (51% - в 2011 г.).

В 2013 году внедрена компьютерная информационно-аналитическая программа WHONET с целью исключения ручной обработки, заменив ее электронной, и увеличения достоверности данных.

Таким образом, проведение мониторинга антибиотикочувствительности микроорганизмов в инфекционном стационаре позволяет проводить назначение антибактериальных препаратов более этиотропно, рационально в соответствии с принципами доказательной медицины со значительным снижением финансовых затрат.

Репозиторий ГрГМУ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРОСНИКОВ ПО ОЦЕНКЕ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ ПЯТИФАКТРОНОЙ МОДЕЛИ

Крюк Н.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Психодиагностические методики являются важными инструментами, позволяющими оценить наличие и выраженность симптомов, установить характер имеющих затруднений. Однако зачастую мало внимания уделяется качеству используемых методик, используются невалидизированные методики, которые не обладают достаточной диагностической надежностью [1]. С другой стороны существует проблема оценки личности, т.к. само понятие является трудно определяемым и трактуется по-разному специалистами. Пятифакторная модель, в этом плане, является очень выгодной для научных исследований и для коммуникации между специалистами, так как достигнуто выгодное согласие относительно таксономии параметров индивидуальности. Третья проблема, затронутая в данном исследовании, являются тревожно-депрессивные расстройства, которой являются важной проблемой практического здравоохранения. Это наиболее соматизированные заболевания, поэтому значительное большинство таких пациентов обращается за помощью не к психиатру или психотерапевту, а к врачу соматического профиля, предъявляя, прежде всего, не психические, а соматические жалобы, которые при объективном обследовании ничем не подтверждаются. По данным ВОЗ, более половины больных депрессиями лечится у врачей общей практики и не попадает в поле зрения психиатров. В общей медицинской практике тревога является главной жалобой у 10-15% амбулаторных и 10% стационарных пациентов [2, 3, 4].

Цель: оценка возможности применения пятифакторных личностных опросников для определения наличия тревожно-депрессивных и соматоформных расстройств.

Методы исследования. Обследовано 476 человек в возрасте от 18 до 60 лет, 220 из которых находились на лечении в отделении пограничных состояний УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-

Репозиторий ГрГМУ

Наркология» в период с 2010 по 2012 гг. (39% - мужчины, 61% - женщины, средний возраст – 38,8 лет), а 256 – здоровые испытуемые (42% - мужчины, 58% - женщины, средний возраст – 33,5 лет). Пациенты составили основную группу, здоровые испытуемые – группу сравнения. В ходе исследования были использованы два опросника для оценки личности в рамках пятифакторной модели: опросник «Большой Пятерки» (Big Five Inventory - BFI) и «Мини-маркеры» (Mini markers), которые находятся в свободном доступе, их использование не требует обязательного получения разрешения [5, 7]. Опросники изначально сконструированы в рамках пятифакторной модели. BFI содержит 44 утверждения, Mini markers – 40. Данные утверждения представляют собой короткие фразы или отдельные слова, описывающие ту или иную личностную черту.

Для оценки выраженности клинической симптоматики были использованы краткий опросник по симптомам депрессии – The Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self Report (QUIDS-SR16) и опросник невротических расстройств - симптоматический (ОНР-СИ).

Для оценки диагностической способности методик в плане дифференциации между респондентами основной и контрольной групп применялся ROC-анализ с использованием статистического пакета NCSS 2004.

Результаты и обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о достаточно дифференцирующей способности методик. Наибольшей диагностической значимостью обладают шкалы для факторов нейротизма и экстраверсии. При этом пациенты, страдающие невротическими расстройствами, отличаются более высоким уровнем нейротизма, а здоровые испытуемые – более высоким уровнем экстраверсии. Для нейротизма чувствительность и специфичность составили 68%, площадь под ROC-кривой равна 0,74, что соответствует хорошей дифференцирующей способности. Пороговое значение для нейротизма, по которому разделяются группы здоровых испытуемых и пациентов, составило 15. Показатели для фактора экстраверсии: чувствительность 64%, специфичность - 68% , площадь под ROC-кривой равна 0,69, а пороговое значение 14. Представленные результаты подтверждают конструктную

Репозиторий ГрГМУ

валидность, основанную на анализе межгрупповых различий, т.к. изначально предполагалось, что, по крайней мере, уровень нейротизма должен быть выше в группе пациентов. Для опросника Mini markers наибольшей диагностической значимостью обладает фактор экстраверсии. Чувствительность составила 59%, специфичность - 67%, площадь под ROC-кривой равна 0,64. Пороговое значение для экстраверсии, по которому разделяются группы здоровых испытуемых и пациентов, составило 14.

Выводы. Найденные достоверные различия в выраженности факторов нейротизма, добросовестности и дружелюбия среди здоровых испытуемых и пациентов, страдающих тревожными, депрессивными и соматоформными расстройствами, делают потенциальным их использование в клинической практике.

Литература

1. Ассанович, М.А. Клиническая психодиагностика: учебное пособие / М.А. Ассанович. - Минск: Беларусь, 2012. - 343 с.

2. Байкова, И.А. Депрессии в практике врача-терапевта: возможности диагностики и лечения / И.А. Байкова // Медицина. – 2005, № 2 (49).– С. 37–40.

3. Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство для врачей / под ред. Т. Дж. Мак-Глина, Г.Л. Меткалфа. – American Psychiatric Press Inc., 1989. – 119 с.

4. Евсегнеев, Р.А. Распознавание и лечение тревожных расстройств в общемедицинской практике: метод. рекомендации / Р.А Евсегнеев. – Мн.: МЗ Республики Беларусь, 1998. – 27 с.

5. Berkley personality lab [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ocf.berkeley.edu/~johnlab/bfi.htm/. – Дата доступа: 20.05.2012 г.

6. Fawcett, T. An introduction to ROC analysis / T. Fawcett // Pattern recognition letters. – 2006. – Vol.27, № 8. – P. 861–874.

7. Measuring the Big Five Personality Domains [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://pages.uoregon.edu/sanjay/bigfive.html#where/. - Дата доступа: 20.05.2012 г.

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ (К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ ИЗУЧЕНИЯ)

Кулагина М.Е., Буслович Ю.П., Сурмач М.Ю.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Суррогатное материнство все шире распространяется в мировом сообществе. Это связано с ростом числа бесплодных браков [5]. По данным ВОЗ, около 8% супружеских пар сталкиваются с проблемой бесплодия [4, с. 10]. Суррогатное

Репозиторий ГрГМУ

материнство, которое в ряде случаев является единственной возможностью для супружеской пары иметь биологически родственное потомство, сопряжено с юридическими, этическими и экономическими аспектами проблемы бесплодия, пока не имеющими единых подходов к решению.

С каждым годом увеличивается количество стран, в которых легализовано суррогатное материнство. Так, к примеру, в Великобритании, Дании, Канаде, Израиле, Нидерландах и некоторых штатах США (Нью-Гемпшир и Вирджиния) разрешено только некоммерческое суррогатное материнство. Коммерческое суррогатное материнство разрешено в большинстве штатов США, ЮАР, России, Украине и Казахстане [7]. В Республике Беларусь суррогатное материнство легализовано, однако им как вспомогательным видом репродуктивной технологии может воспользоваться только та женщина, для которой вынашивание и рождение ребёнка по медицинским показаниям физиологически невозможно либо связано с риском для жизни, здоровья её или ребёнка [1]. В то же время, основные традиционные конфессии, действующие в стране, такие, как Русская Православная церковь и Римско-католическая церковь, выражают негативное отношение к суррогатному материнству [8].

Депопуляционные процессы, происходящие в Беларуси, не позволяют игнорировать ни один из путей решения проблемы бесплодия [6]. Суррогатное материнство – медико-социальное явление современного общества, требующее углубленного изучения, что и является перспективной целью нашего исследования. Для того чтобы сформировать представление о медико-юридических и медико-социальных аспектах суррогатного материнства в Беларуси, мы предприняли попытку анализа законодательства Республики Беларусь и содружественных государств [1; 2; 3], а также изучения мнения женщин фертильного возраста о суррогатном материнстве. Информационный поиск, направленный на обнаружение валидного опросника, не дал результата. Целью данной работы явилось разработать анкету, которая дала бы возможность изучить мнение женщин фертильного возраста о проблеме суррогатного материнства в Беларуси.

Репозиторий ГрГМУ

Для решения поставленной задачи были проработаны материалы научного, публицистического характера, а также законы по данной теме. На основе законодательства Республики Беларусь, было определено, что суррогатное материнство – вид вспомогательных репродуктивных технологий, заключающийся в соединении сперматозоида и яйцеклетки, изъятой из организма генетической матери, или донорской яйцеклетки, осуществляемом вне организма женщины, в дальнейшем развитии образовавшегося в результате этого соединения эмбриона, последующем переносе данного эмбриона в матку суррогатной матери, вынашивании и рождения ею ребенка [1, 2].

Разработанный нами опросник включил 21 вопрос, из которых 9 вопросов предназначаются для сбора сведений о самих респондентках (так называемые социальные данные: возраст, образование, семейное положение) и о состоянии их репродуктивной системы (наличие гинекологических заболеваний, патологии беременности, ИППП), 12 вопросов посвящены медико-юридическим аспектам и составлены на основе законов о суррогатном материнстве, 12 полузакрытых вопросов составлены для изучения мнения женщин о ситуациях, не оговоренных в законах. Опросник позволяет изучить мнение женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, о суррогатном материнстве, их уровень медицинских знаний о проблеме, уточнить готовность женщин стать потенциальными суррогатными мамами. Анкета позволяет также спрогнозировать развитие рынка вспомогательных репродуктивных технологий в нашей стране.

Анкета успешно апробирована и используется в качестве инструментария в опросе пациенток отделений патологии беременности акушерских стационаров г.Гродно. Результаты апробации социологического инструментария свидетельствуют о пригодности разработанного опросника для изучения мнения женщин фертильного возраста о проблеме суррогатного материнства в Беларуси.

Литература

1. О вспомогательных репродуктивных технологиях// Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 341-З.

2. О внесении изменений и дополнений в Кодекс Республики Беларусь о браке и семье: Закон Республики Беларусь, 7 янв. 2012 г. № 342-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2012. – № 9. – 2/1894.

Репозиторий ГрГМУ

3. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ // "Собрание законодательства РФ", 01.01.1996, N 1, ст. 16.

4. Нерсеяна, Р.А. Руководство ВОЗ по стандартизованному обследованию и диагностике бесплодных супружеских пар / пер. с англ. - 4-е издание. - Изд-во «МедПресс», 1997. - 91 с.

5. Словарь терминов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) // "FertilityandSterility". – 2009. – вып. 92. -№5.

6. Пересада, О.А. Вспомогательные репродуктивные технологии: этические и юридические проблемы / О.А. Пересада, А.В. Лебедько // Медицинские новости. - 2005. - № 6. – С. 5-11.

7. Свитнев, К.Н. Суррогатное материнство: проблемы правового регулирования и правоприменения / К.Н. Свитнев // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2011. - № 9. - С. 52-61.

8. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви // «Церковь и социальные проблемы современного общества» / Ин-т теологии им. св. Мефодия и Кирилла, Бел.гос. ун-т культуры и искусств; отв. ред. и сост. А.Ю. Бендин. – Минск: Ковчег, 2007. – 358 с.

ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С НАСЛЕДСТВЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Курстак И.А., Ляликов С.А., Шульга А.В., Кузнецов О.Е.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В 2000 году C.M. Perou с соавторами at all была предложена морфологическая классификация рака молочной железы (РМЖ), учитывая экспрессию рецепторов эстрогенов (РЭ) опухолевыми клетками. Согласно этой классификации все опухоли молочной железы делятся на две большие группы: имеющие высокий уровень экспрессии РЭ и не экспрессирующие РЭ [3]. В группе $РЭ^+$ (позитивных) положительных выделяют люминальный РМЖ типа А (отсутствует экспрессия HER-2/neu) и типа В (высокая экспрессия HER-2/neu). В группе $РЭ^-$(негативных) отрицательных выделяют опухоли с повышенной экспрессией HER-2/neu и «трижды-негативный тип» РМЖ [2]. Морфологическая характеристика РМЖ при наличии мутаций в генах BRCA по данным различных авторов противоречива. Согласно результатам работ исследователей онкологического центра Техасского университета тройной негативный рак значительно чаще встречается у пациенток с наследственным РМЖ [1]. Испанскими учеными была отмечена следующая закономерность: при

Репозиторий ГрГМУ

наследственном РМЖ, обусловленном мутацией в любом гене BRCA, наблюдается низкая экспрессия HER-2/neu [4].

Цель исследования: объективно оценить прогностическую значимость экспрессии РЭ, рецепторов прогестерона и Her-2/neu в диагностике наследственного генеза РМЖ у лиц белорусской популяции.

Материал и методы. Объектом исследования при выполнении данной работы явились 370 пациенток с РМЖ. Всем пациенткам было выполнено ДНК-тестирование образцов крови на наличие мутаций 185delAG, 300T>G, 4153delA, 5382insC в гене BRCA1 и мутации 6174 delT в гене BRCA2 методом полимеразной цепной реакции. Экспрессия РЭ, рецепторов прогестерона (РП) и HER-2/neu в опухолевой ткани определялась иммуногистохимическим (ИГХ) методом по стандартной методике. Анализ экспрессии половых гормонов проводился с помощью модифицированного метода, предложенного W. Remelle с соавторами. Подсчет мембранной экспрессии c-erbB-2 проводили согласно общепринятой балльной системе Herceptest™ (0, 1+, 2+, 3+). Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы SPSS 12.

Проведенное ИГХ исследование показало, что из 370 женщин с РМЖ экспрессии РЭ в опухолевых клетках отсутствовала у 152 человек, у 215 – процент положительно окрашенных клеток имел промежуточные значения, у 3 человек во всех опухолевых клетках наблюдалась экспрессия РЭ. Экспрессия РП опухолевыми клетками отсутствовала у 158 человек, у 8 женщин все клетки в препарате были положительно окрашены, у 204 – процент окраски имел промежуточные значения. Гиперэкспрессия Her-2/neu зарегистрирована в 15 РМЖ, отсутствие реакции наблюдалось в 46 новообразованиях, в остальных случаях окрашивание было слабой или умеренной интенсивности.

Для поиска оптимальной точки разделения величины экспрессии РЭ в опухолевых клетках была построена ROC-кривая со следующими характеристиками: площадь под кривой 0,61; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,46-0,76 (p=0,18) (рисунок 1). Наиболее удаленная от диагонали точка соответствовала (чувствительность - 59,5%, специфичность – 61,5%) отсутствию окраски (0%).

Репозиторий ГрГМУ

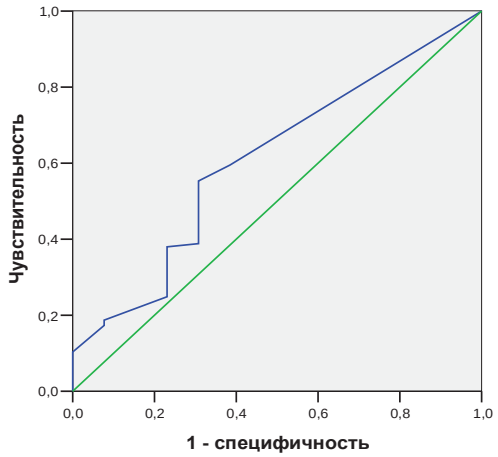


Рисунок 1 – ROC-кривая, характеризующая связь наличия мутации в генах BRCA у пациенток с РМЖ с экспрессией РЭ

При определении диагностически значимого порога экспрессии РП в опухолевых клетках у женщин с РМЖ при помощи ROC-анализа определены две точки, максимально удаленные от диагонали, соответствующие 5% и 70% (чувствительность – 52,9% и 23,0%, специфичность – 61,2% и 100,0% соответственно) опухолевых клеток, экспрессирующих РП (площадь под ROC-кривой 0,58; 95% ДИ 0,46-0,71; p=0,3).

ROC-кривая, построенная для определения точки разделения показателя экспрессии Her-2/neu, имела следующие характеристики: площадь под ROC-кривой 0,52; 95% ДИ 0,37-0,67 (p=0,76). Наиболее удаленная от диагонали точка соответствовала отсутствию окраски (0%) рецепторов Her-2/neu (чувствительность – 92,3%, специфичность – 23,4%).

Поскольку во всех случаях ROC-анализа нижние границы доверительных интервалов менее 0,5 и p > 0,05, следует считать , что показатели экспрессии РЭ, РП и Her-2/neu не являются надежными критериями для диагностики наследственного РМЖ и их можно расценивать только как ориентировочные.

Заключение. У пациенток с эстроген негативным статусом опухолей молочной железы имеется тенденция к большей частоте мутаций в генах BRCA1 и BRCA2. Если процент клеток, экспрессирующих РП, менее 5, то с чувствительностью 55% и специфичностью 69% можно прогнозировать наличие мутации в изученных генах при РМЖ. Если количество опухолевых клеток, экспрессирующих РП, более 70%, то вероятность наличия

Репозиторий ГрГМУ

мутаций у женщины с РМЖ стремится к нулю. Гиперэкспрессия Her-2/neu в опухолевых клетках ассоциирована с более низкой частотой мутаций BRCA у пациенток.

Литература

1. Акуленко, Л.В. Клиническая лекция: о наследственном раке органов женской репродуктивной системы / Л.В. Акуленко // Онкогинекология. – 2012. – № 1. – С. 24-31.

2. Clinical and pathologic characteristics of patients with BRCA-positive and BRCA-negative breast cancer / D. Atchley [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2008. – Vol. 26. – P. 4282–4288.

3. Molecuar portraits of human breast tumours / C.M. Perou [et al.] // Nature. – 2000. – Vol. 406. – P. 747-752.

4. The molecular pathology of hereditary breast cancer / J. Palacios [et al.] // Pathobiology. – 2008. – Vol. 75(2). – P. 85-94.

ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ

Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема невынашивания беременности является одной из наиболее актуальных в современном акушерстве. Ее частота не имеет тенденции к снижению в силу разнообразия факторов, влияющих на гестационный процесс. Известно, что формирование беременности у женщин с различными обменно-эндокринными заболеваниями, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом изначально происходит на неблагоприятном фоне, что сопровождается нарушением развития и инвазии плодного яйца и приводит к угрозе прерывания беременности [1, 2, 3]. Поэтому для предотвращения патологии гестационного процесса и преждевременных родов у женщин необходима ранняя доклиническая диагностика метаболического дисбаланса с обнаружением дестабилизирующих факторов, а также своевременная и адекватная коррекция выявленных нарушений.

Целью нашего исследования был анализ исходов родов после лечения угрозы прерывания беременности в ранние сроки у женщин с нарушением обмена триптофана и серотонина.

Материалы и методы исследования. На основании информированного согласия нами было проведено обследование и лечение 60 женщин с риском развития угрозы прерывания

Репозиторий ГрГМУ

беременности в I триместре, которые составили основную группу наблюдения. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых беременных, состоявших на учете в женской консультации.

Всем обследованным женщинам проведена ранняя диагностика невынашивания беременности с определением концентрации триптофана и серотонина в плазме крови [4]. После оценки полученных данных основная группа была разделена на три подгруппы в зависимости от уровня вышеуказанных показателей. Так в первую подгруппу вошли 20 женщин с уровнем триптофана 0,045±0,002 нмоль/л, серотонина 0,729±0,139 нмоль/л, прогестерона 99,967±3,170 нмоль/л и без клиники угрозы самопроизвольного выкидыша. Вторую подгруппу составили 20 беременных с концентрациями триптофана 0,043±0,002 нмоль/л, серотонина 0,794±0,092 нмоль/л, прогестерона 82,602±5,908 нмоль/л с отсутствием клиники прерывания беременности. В третью подгруппу вошли 20 пациенток с количеством триптофана 0,037±0,002 нмоль/л, серотонина 0,646±0,069 нмоль/л, прогестерона 68,721±6,392 нмоль/л и наличием клиники угрозы прерывания беременности (тянущие боли внизу живота и в области поясницы, кровянистые выделения из половых путей).

Кроме того, беременным в зависимости от принадлежности к определенной подгруппе была назначена корригирующая терапия согласно рекомендациям утвержденной нами инструкции [5]. Результаты исследования обработаны на персональном компьютере с использованием стандартных компьютерных программ.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин контрольной группы составил 25,9±0,97 лет, в основной группе – 27,44±0,58 лет. Социальное положение, вредные привычки и профессиональные вредности не имели статистически значимых различий в исследуемых группах.

Преждевременные роды в первой подгруппе произошли у 5% женщины, во второй подгруппе – у 10% женщин, в третьей подгруппе - 10%. Частота преждевременных родов у пациенток с беременностью, осложненной угрозой прерывания гестации в I триместре, составляет по разным источникам от 3,8% до 16%.

Репозиторий ГрГМУ

При исследовании течения и исхода своевременных родов в изучаемых группах получены следующие результаты. Преждевременное излитие околоплодных вод диагностировано у 10% в контрольной группе и 20% - основной группы. Первичная слабость родовой деятельности встречались в основной группе в 2 раза чаще, чем в контрольной: 5% - в контрольной группе, 10% - в основной. Количество оперативных родов в основной группе более, чем в 2 раза, превысило аналогичный показатель контрольной группы. Частота кесарева сечения составила 15% в контрольной группе, 45% в основной.

При изучении состояния доношенных новорожденных, были получены следующие результаты. Средний вес детей составил 3585±488 г. в контрольной группе и 3382±615 г в основной группе. Средний рост новорожденных составил соответственно в контрольной и основной группах: 52,03±2,35 см и 51,05+2,28 см. Средняя оценка по шкале Апгар у доношенных новорожденных в контрольной группе составила в 90% - 8/9 баллов, в 10% - 8/8 баллов. В основной группе этот показатель составил 8/9 баллов – 83,3%, 8/8 баллов – 15%.

Таким образом, проведенная нами своевременная диагностика и коррекция угрозы самопроизвольного прерывания гестации в I триместре позволяет пролонгировать беременность и уменьшить частоту ее осложнений, что способствует снижению репродуктивных потерь и улучшению демографической итуации в Республике Беларусь.

Литература

1. Радзинский, В.Е. Ранние сроки беременности/ В.Е. Радзинский, А.А. Оразмурадова. – Москва: МИА, 2005. – 348 с.

2. Сидельникова, В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. - Москва: «Триада-Х», 2005. – 303 с.

3. 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.

4. Гутикова, Л.В. Метод прогнозирования прерывания беременности в I триместре / Л.В. Гутикова, Ю.В. Кухарчик, Т.Ю. Егорова // Инструкция по применению № 055 – 0412 утв. МЗ РБ 08.06.12. – с. 7.

5. Гутикова, Л.В. Метод коррекции угрозы самопроизвольного прерывания беременности ранних сроков (до 12 недель) / Л.В. Гутикова, Ю.В. Кухарчик, Т.Ю. Егорова // Инструкция по применению № 056 – 0412 утв. МЗ РБ 08.06.12. – с. 9.

Репозиторий ГрГМУ

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Лазарь Е.А.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Под термином «синдром обструктивного апноэ сна» (СОАС) понимают состояние, при котором у пациента возникают многочисленные повторяющиеся остановки дыхания во время сна вследствие полного сужения дыхательных путей на уровне глотки, что сопровождается прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях и характеризуется наличием храпа, снижением парциального давления кислорода в крови, грубой фрагментацией сна с частыми кратковременными пробуждениями и выраженной дневной сонливостью [1].

Известно, что около 24% мужчин и 9% женщин в возрасте 30–60 лет и около 42% мужчин и 32% женщин старше 60 лет имеют нарушения дыхания во время сна [2]. Несмотря на достаточно широкую распространенность СОАС в популяции, более 80% случаев апноэ во время сна средней и тяжелой степеней остаются нераспознанными. Между тем СОАС в настоящее время признан одним из ведущих независимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе ИБС [3].

Цель исследования: оценить распространённость СОАС среди пациентов с ИБС, а также изучить клинические, биохимические, инструментальные показатели состояния сердечно-сосудистой системы у данной категории лиц.

Материалы и методы исследования. Участниками исследования стали 23 пациента с установленным диагнозом ИБС, находившиеся на стационарном лечении в отделениях кардиологического профиля УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. Осуществлена комплексная оценка данных клинико-инструментальных и лабораторных тестов, выполненных во время пребывания пациентов в стационаре. Проведено медицинское интервьюирование пациентов с оценкой показателя

Репозиторий ГрГМУ

дневной сонливости по шкале Эпворта (Epworth Sleepiness Scale), а также заполнением скринингого теста из 20 вопросов на выявление СОАС. Обработка полученных данных проводилась с использованием программных пакетов Statistica и Microsoft Office Excel 2007.

Полученные результаты. Средний возраст обследованных пациентов составил 64,9±2 года (42-78 лет). Антропометрические данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Антропометрические показатели

Показатель		Подруппа основная (n=13)	Подгруппа сравнения (n=10)
Возраст, лет		64,9±5,23	67,8±4,5
Пол	муж	9 (69%)	6 (60%)
	жен	4 (31%)	4 (40%)
Индекс массы тела, кг/м^2		29,1±1,5	28,6±1,5
Окружность шеи, см		41,3±0,9	41,2±1

В спектре заключительных основных диагнозов доминирующие позиции занимали артериальная гипертензия (95,6%), прогрессирующая стенокардия (52,2%), субэндокардиальный инфаркт миокарда (21,7%). Имели место также крупноочаговый инфаркт миокарда (13,0%), впервые возникшая стенокардия и безболевая ишемия миокарда (по 4,3%).

Установлено, что 56,5% пациентов с ИБС предъявляют жалобы на регулярный громкий храп. У 30,4% пациентов обнаружено значительное повышение показателя дневной сонливости по шкале Эпворта. По данным скринингого теста, высокий риск наличия СОАС выявлен у 21,7% пациентов, умеренный – у 65,2%, низкий – у 13,1%.

Данные, полученные при изучении основных показателей липидного и углеводного обмена, указывают на имеющуюся у пациентов обеих подгрупп метаболическую дисрегуляцию, более выраженную, однако, у лиц с клиническими признаками СОАС (таблица 2).

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 2 – Биохимические показатели

Показатель	Подруппа основная (n=13)	Подгруппа сравнения (n=10)
Общий холестерол, ммоль/л	4,8±0,2	4,8±0,2
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,6±0,1	1,3±0,2
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,2±0,1	1,3±0,1
Триглицериды, ммоль/л	2,1±0,8	1,3±0,2
Глюкоза, ммоль/л	6,9±0,7	6,5±0,8

Результаты проведенной ЭхоКГ свидетельствуют в пользу снижения систолической функции левого желудочка у пациентов обеих подгрупп (таблица 3).

Таблица 3 - Эхокардиографические данные

Показатель	Подруппа основная (n=13)	Подгруппа сравнения (n=10)
ФВ ЛЖ, %	60,3±1,7	59,9±1,8
КДО, мл	131,9±7,7	131,4±11,2
КСО, мл	53,9±5,4	56,4±7,7
КСР, мм	35,6±1,2	35,7±1,4
КДР, мм	52,7±1,2	52,7±1,4

Выводы.

1. Среди пациентов с ИБС с высокой частотой обнаруживаются клинические признаки СОАС, что определяет необходимость дальнейшей верификации диагноза с использованием специализированных инструментальных тестов (пульсоксиметрия, кардиореспираторный мониторинг).

2. В исследуемой группе пациентов широко представлены коррегируемые факторы риска кардиоваскулярной патологии (артериальная гипертензия, повышенный общий холестерол, избыток массы тела (ожирение), гипергликемия).

3. Прослеживается тенденция к более выраженному нарушению показателей липидного и углеводного обменов у пациентов с высоковероятным диагнозом СОАС в сравнении с пациентами, не имеющими признаков нарушения дыхания во время сна по результатам скрининговых тестов.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Khayat, R. Obstructive sleep apnea: the new cardiovascular disease. Part I: obstructive sleep apnea and the pathogenesis of vascular disease / R. Khayat, B. Patt, D. Hayes Jr. // Heart Fail Rev. – 2009. - № 14 (3). – P. 143–153.

2. Young, T. Risk factors for obstructive sleep apnea in adults / T. Young, J. Skatrud, P.E. Peppard // J. Am. Med. Assoc. – 2004. – № 291 (16). – P. 2013–2016.

3. Punjabi, N.M. Sleep-Disordered Breathing and Mortality: A Prospective Cohort Study / N.M. Punjabi [et al.] // PLoS Medicine [Electronic resource]. – 2009. - Mode of access: http://www.plosmedicine.org. - Date of access: 25.03.2013.

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лакотко Т.Г., Петрулевич Ю.Я., Корнелюк Д.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Нарушения периферической и церебральной гемодинамики часто сопровождают артериальную гипертензию (АГ) и требуют своевременной диагностики, особенно на доклинической стадии, для выявления группы людей с высоким сердечнососудистым риском [1]. С целью оценки церебральной гемодинамики используют реоэнцефалографию (РЭГ), основанную на регистрации переменной составляющей пульсовых колебаний кровенаполнения головного мозга [2, 3]. О состоянии периферических артерий можно судить по значению лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) [4, 5].

Цель исследования - установить взаимосвязь показателей церебральной и периферической гемодинамики, полученных у пациентов с АГ.

Материал исследования. На базе городской клинической больницы № 2 г. Гродно было обследовано 47 пациентов с АГ I-III степени трудоспособного возраста (средний возраст 50,3±9,8 лет). Среди обследованных было 25 женщин (53,2%) и 22 мужчины (46,8%). Критериями исключения явились тяжелая кардиальная и некардиальная сопутствующая патология, симптоматическая АГ, наличие хронической сердечной недостаточности > Н2А или ФК II, заболевания щитовидной железы и сахарный диабет. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа – пациенты с АГ I степени (n=11), 2-я – пациенты с АГ II степени (n=23), 3-я –

Репозиторий ГрГМУ

пациенты с АГ III степени (n=13).

Методы исследования. С целью определения состояния церебральной гемодинамики использовали РЭГ, которую выполнялали на цифровом интерпретирующем импедансном реографе «ИМПЕКАРД-М» по фронтомастоидальной методике. Оценивались следующие показатели: амплитуда артериальной компоненты (А, Ом), тонус венозного русла (ВВ, Ом), отношение амплитуды венозной компоненты к амплитуде артериальной (В/А, %), венозное отношение (ВО, %), скорость объемного кровотока (F, Ом/с) и процент асимметрии данных параметров [2, 3].

Для оценки состояния периферической гемодинамики использовали ЛПИ. С этой целью на аппарате WatchBP Office ABI измерялось систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление гомолатерально с обеих сторон. Затем рассчитывался ЛПИ как частное от деления результата уровня АД, измеренного на задней большеберцовой артерии к уроню АД, измеренному на плечевой артерии [4; 5]. Полученные результаты подвергались обработке непараметрическими методами статистики. Данные в работе представлены в виде медианы и 25 и 75 процентилей (Me (25%; 75%)) [6].

Результаты исследования и обсуждение. По данным РЭГ, полученным в исследуемых группах, были обнаружены следующие результаты. У пациентов с АГ I степени по сравнению с пациентами с АГ II степени выявлены более низкие значения показателя ВВ (0,0050 (0,0030; 0,0070) – и 0,0090 (0,0050; 0,0175) – соответственно) ($p<0,05$). Кроме того, у пациентов с АГ I степени по сравнению с пациентами с АГ III степени выявлены более низкие значения показателя асимметрии А (15 (8; 24) – и 31 (16; 45) – соответственно) ($p<0,05$).

По данным ЛПИ, полученным в исследуемых группах, были обнаружены следующие результаты. У пациентов с АГ I степени по сравнению с пациентами с АГ II и с АГ III степени был выше ЛПИ САД (1,18 (1,13; 1,24); 1,11 (1,07; 1,15) – и (1,08 (1,05; 1,12) соответственно) ($p<0,05$).

При расчете коэффициента корреляции Спирмена была установлена значимая слабая положительная взаимосвязь ЛПИ САД с В/А ($r=0,29$).

Репозиторий ГрГМУ

Наряду с этим была обнаружена умеренная отрицательная взаимосвязь ЛПИ ДАД с асимметрией показателя A (r=-0,31) и F (r=-0,35).

Выводы.

1. Установлено влияние САД на состояние тонуса периферических и мозговых сосудов.

2. Обнаружено влияние ДАД на выраженность асимметрии церебральной гемодинамики.

Литература

1. Бойцов, С.А. Изучение патогенеза гипертонической болезни продолжается / С.А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2006. – № 9. – С. 5-12.

2. Технические возможности исследования упругоэластических свойств сосудов / Н.Я. Доценко [и др.] // Артериальная гипертензия [Электронный ресурс]. – 2011. – Т. 16, № 2. – Режим доступа: http://hypertension.mif-ua.com/archive/issue-17133/article-17150/print.html. – Дата доступа: 14.12.2011.

3. Иванов, Л.Б. Лекции по клинической реографии / Л.Б. Иванов, В.А. Макаров. – М.: Антидор, 2000. – 320 с.

4. Рогоза, А.Н. Роль и возможности лодыжечно–плечевого индекса систолического давления при профилактических обследованиях / А.Н. Рогоза // Русский Медицинский Журнал [Электронный ресурс]. – 2011. – № 4. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_7528.htm. – Дата доступа: 11.11.2011.

5. Accuracy of ankle–brachial index using an automatic blood pressure device to detect peripheral artery disease in preventive medicine / D. Benchimol [et al.] // Arch. Cardiovasc. Dis. – 2009. – Vol. 102, № 6/7. – P. 519–524.

6. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О.Ю. Реброва. – М. : Медиасфера, 2002. – 312 с.

МУКОВИСЦИДОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ

Лашковская Т.А., Шиш А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Муковисцидоз (МВ) одно из самых частых системных наследственных заболеваний среди лиц белой расы, без соответствующей терапии приводящее к раннему летальному исходу [2]. МВ – заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное моногенной мутацией и характеризующееся поражением экзокринных желез жизненноважных органов и систем [1, 2, 3].

Частота МВ значительно варьирует в зависимости от этнической принадлежности и/или географической зоны и

Репозиторий ГрГМУ

колеблется от 1:600 (Бретань, Франция) до 1:400000 (страны Юго-Восточной Азии). Во всем мире в последние годы отмечается рост числа больных МВ подросткового, юношеского возраста и взрослых, что свидетельствует о постепенной его трансформации из, безусловно - фатального заболевания детского возраста в хроническую патологию взрослых [2].

Ген CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator – муковисцидозный трансмембранный регулятор проводимости), расположен на длинном плече хромосомы 7 в области q31, относится к суперсемейству АТФ-связывающих протеинов и является трансмембранным белком. Он находится на поверхности большинства эпителиальных клеток, функционирует как цАМФ-зависимый хлорный канал, а также участвует в регуляции других ионных каналов [3]. На сегодняшний день выявлено более 1300 мутаций гена, ответственных за развитие симптомов МВ. В Беларуси и России наиболее часто встречаются следующие мутации МВ: F508del (52%), CFTRdele2,3(21kb) (6,3%), N1303K (2,4%) [2].

Муковисцидоз протекает с сочетанным нарушением функции органов дыхания и пищеварительной системы, гепатобилиарной системы и урогенитального тракта [1, 2].

Целью исследования явился анализ особенностей клинической картины и диагностики МВ у детей за последние 8 лет, находящихся в УЗ «ГОДКБ за период с 2004 по 2012 год.

В клинике было пролечено 24 ребенка в возрасте от 0 до 16 лет: мальчиков – 16 (64,0%), девочек – 8 (36,0%).

Беременность у 20 (83,4%) матерей протекала на фоне патологии. От одноплодной беременности родилось 22 (91,7%) ребенка, двое (8,3%) детей от многоплодной беременности. 16 (69,6%) детей родились доношенными, 7 (30,4%) – недоношенными. Путем операции кесарева сечения родилось 15 (65,2%) детей, родоразрешение через естественные родовые пути было проведено в 8 (34,8%) случаях.

У 20 (83,4%) пациентов диагноз муковисцидоза был выставлен в возрасте до 1 года, из которых у двух диагноз установлен внутриутробно. В дошкольном возрасте заболевание диагностировано у 4 (16,6%) детей.

Основными клиническими проявлениями, с которыми

Репозиторий ГГМУ

родители обращались в стационар, являлись: сочетание недостаточной прибавки массы тела и диспептических расстройств у 17 (70,8%) детей; коклюшеподобный кашель, сочетающийся с дефицитом массы тела и нарушениями стула – у 7 (30,4%) детей. На момент поступления в клинику 17 (70,8%) пациентов имели дефицит массы тела II-III степени.

При копрологическом исследовании у 20 (83,4%) детей отмечалось наличие нейтрального жира от ++ до ++++, что свидетельствует об экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

В настоящее время «золотым стандартом» в диагностике МВ является определение концентрации хлоридов в поте биохимическим методом. Потовый тест был выполнен 17 (70,8%) детям. Повышение хлоридов пота > 60 ммоль/л выявлено у 16 (94,1%) пациентов, причем у 7 детей хлориды пота превышали 100 ммоль/л. У одного ребенка в период новорожденности диагноз МВ был выставлен путем определения иммунореактивного трипсина.

Эхографические признаки изменения гепатобилиарной системы были выявлены у 9 (47,4%) детей с МВ.

Наиболее часто у детей диагностирована смешанная форма заболевания 14 (58,3%), кишечная – у 8 (33,3%) пациентов, преимущественно бронхолегочная форма – 2 (8,4%). У большинства детей отмечалась средняя степень тяжести заболевания 15 (62,5%); высокая активность МВ диагностирована у 9 (37,5%).

У обследованных детей длительность заболевания составила: до 1 года – 11 (45,8%) пациентов, 1-4 года – 7 (29,2%), более 5 лет – 6 (25,0%) пациентов.

У врача-генетика проконсультированы все дети. Молекулярно-генетическая диагностика МВ была проведена у 7 (29,2%). У всех пациентов выявлена наиболее часто встречаемая в нашей популяции мутация – F508 del.

Таким образом, современные методы диагностики МВ дают возможность поставить диагноз 83,4% пациентов на первом году жизни, что позволяет начать комплексное лечение современными антибактериальными, ферментными и другими препаратами на начальных стадиях болезни.

Репозиторий ГрГМУ

Литература

1. Атлас редких болезней / ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН [и др.]; под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой. – М.: Педиатр, 2013. – 304 с.

2. Капранов, Н.И. Перспективы ранней диагностики и адекватного лечения детей, больных муковисцидозом в РФ / Н.И. Капранов, Н.Ю. Каширская, В.Д. Толстова // Русский медицинский журнал. – 2008. – № 6 (16). – С. 405-408.

3. Особенности бронхообструктивного синдрома при муковисцидозе – этиопатогенез и терапия / Н.Ю. Каширская [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 4, Т. 15. – С. 1-6.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕСПОРОДНЫХ БЕЛЫХ КРЫС ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА

Лебедева Е.И., Грушин В.Н., Якименко Л.Л, Лях А.Л., Мяделец О.Д.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В комплексной разработке проблем этиологии, патогенеза, патоморфологии, клиники и терапии болезней печени у человека известное место занимает экспериментальная патология печени. В настоящее время как биопсийный материал печени человека, так и печень экспериментальных животных подвергаются комплексному морфологическому и биохимическому исследованиям.

Интоксикация животных в эксперименте является наиболее эффективной моделью как для обнаружения характерных морфологических, биохимических нарушений, возникающих при воздействии токсического агента, так и для поиска новых лекарственных средств, обладающих гепатотропными свойствами [2].

У животных наиболее близкие к человеку морфологические изменения паренхимы печени возникают после введения в организм четыреххлористого углерода (CCL_4) [1].

Целью настоящего исследования явилась отработка экспериментальной модели хронической интоксикации на беспородных белых крысах, позволяющая смоделировать патологические изменения в органах и системах организма.

Для выполнения поставленной цели исследований были поставлены следующие *задачи:*

1. Разработать схему эксперимента, создать группы животных

Репозиторий ГрГМУ

равноценные по возрасту, живой массе и условиям содержания.

2. Отработать на беспородных белых крысах дозу, кратность введения при внутрижелудочном введении CCl_4.

Материалы и методы исследования. В эксперименте использовали 50 половозрелых беспородных белых крыс-самок весом 320-360 г. Животные были приобретены в виварии ВГМУ. За основу была принята модель зондового введения 50% масляного раствора CCl_4 3 раза в неделю в дозе 0,2 мл/100 гр (Журавлева М.В.1980, Хабриев Р.У. 2005).

Однако применение данной методики в предложенном режиме оказалась невозможной ввиду массовой гибели животных (смертность 52,3%). По этой причине нами была предложена другая схема проведения эксперимента, соответствующая особенностям наших исследований.

Для проведения опыта были сформированы 3 группы животных:

в 1-ой группе животные внутрижелудочно получали 20%-ный масляный раствор CCl_4 в дозе 0,2 мл/100г массы тела животного 2 раза в неделю за 1час до кормления и в качестве питья 5%-ный раствор этанола в течение эксперимента;

во 2-ой группе животным внутрижелудочно вводили 20%-ный масляный раствор CCl_4 в дозе 0,2 мл/100г массы тела животного 2 раза в неделю;

в 3-ой группе животные внутрижелудочно получали 50%-ный масляный раствор CCl_4 в дозе 0,2 мл/кг массы тела животного 2 раза в неделю.

Для морфологического исследования забирали образцы печени, почек, сердца и надпочечников. Гистологический материал обрабатывали по общепринятой методике и окрашивали гематоксилин-эозином.

Результаты исследования показали, что после введения 6 доз (3 недели эксперимента) в 1-й группе животных погибла одна крыса. После введения 7-8 доз CCl_4 во всех 3-х опытных группах животных отмечали выраженные изменения со стороны волосяного покрова (окраска, густота, блеск, консистенция, влажность и загрязненность шерсти), активности и веса крыс, которые наиболее отчетливо проявлялись в 1-й группе животных. Окрас шерсти был тусклый, происходило выпадение шерсти

Репозиторий ГрГМУ

преимущественно на спине вдоль позвоночника. Волосяной покров у подопытных крыс был менее пушистым, животные слабо реагировали на руку экспериментатора, пытались укусить при фиксации. Отсутствовал характерный здоровый блеск в глазах, вес снизился примерно на 40 г по сравнению с интактной группой животных.

При последующем введении очередной дозы препарата во всех 3-х группах подопытных крыс, особенно у крыс 1-й группы, помимо вышеназванных изменений возникали новые нарушения. Происходило потемнение глаз (они имели выраженный серый цвет), у некоторых животных закрывались глаза (происходило смыкание век), что сопровождалось активным чесанием лапками глаз с мацерацией век и беспокойством животных. Эти изменения наиболее ярко проявлялись на следующий день после введения препарата, при этом через 1,5 суток резко выраженные признаки (серый цвет и смыкание век) исчезали или уменьшались. Вместе с этими нарушениями отмечались снижение двигательной активности животных, заторможенность, развитие тахикардии с последующим возвращением нормального сердечного ритма. В день введения препарата подопытные крысы пили меньше, при этом поедали весь корм. При фиксации рукой животные слабо реагировали на прикосновение и другие манипуляции экспериментатора. У крыс 1, 2-й групп в течение 20 мин после введения препарата учащалось дыхание, шерсть становилась влажной. Следует отметить, что через 1-1,5 суток вышеназванные изменения возвращались к норме.

Таким образом, на первом этапе исследований построена схема опыта, отработаны дозы внутрижелудочного введения CCL_4, получены клинические признаки, свидетельствующие о хронической интоксикации организма.

Литература

1. Байдюк, Е.В. Сравнительный анализ морфофункциональных показателей культуры гепатоцитов, выделенных из нормальной и патологически измененной печени крыс / Е.В. Байдюк, А.П. Ширяева, Н.Н. Безбородкина // Цитология. – 2008. – Т. 51, № 10. – С. 797-805.

2.Гарбузенко, Д.В. Механизмы компенсации структуры и функции печени при ее повреждении и их практическое значение / Д.В. Гарбузенко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –2008. – Т.18, № 6. – С. 14-21.

Репозиторий ГрГМУ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА В ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Лебейко Т.Я., Кирко П.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Невропатия лицевого нерва (НЛН) – частое неврологическое заболевание, при котором развивается односторонний парез или паралич лицевой мускулатуры. В последние годы особое значение придают вирусу простого герпеса [1]. Высказывается мнение и об аутоиммунной природе заболевания [1]. Провоцирующим фактором нередко служит переохлаждение. В основе патогенеза лежат воспаление и отек лицевого нерва с последующим его сдавлением и ишемией в зоне прохождения через костный канал в пирамиде височной кости. Прогноз заболевания зависит от глубины поражения нерва (неврапраксия или аксонотмезис), причины заболевания и скорости назначенного лечения. Ключевую роль в ишемии лицевого нерва играют реакции окислительного стресса. Комплексный препарат цитофлавин, состоящий из янтарной кислоты, инозина, рибофлавинмононуклеотида (витамин В2) и никотинамида (витамин РР), оказывает энергокоррегирующее и метаболотропное действие, предотвращая прогрессирование постишемического энергодефицита в поврежденном нерве [2, 4].

Цель - изучить эффективность применения цитофлавина в остром периоде НЛН.

Методы исследования. Опытную группу составили 13 пациентов с НЛН. Среди них было 10 женщин и 3 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 42,8 года). Длительность заболевания к моменту госпитализации: до 3 суток – 6 пациентов, от 4 до 6 дней – 4, более 6 дней – 3 больных. Обследование проводили в день госпитализации и перед выпиской (на 9-11 сутки). Пациенты опытной группы получали базисную терапию (ацикловир, дексаметазон) совместно с цитофлавином по 10 мл внутривенно капельно в течение 5 дней. Контрольную группу составили 6 человек с НЛН (4 женщины, 2 мужчин в возрасте от 18 до 42 лет, средний возраст – 28,0 лет). Контрольная группа получала только базисную терапию. Оценка регресса прозопареза проводилась по шкале Хауса-Браакмана.

Репозиторий ГрГМУ

Качество жизни исследовали при помощи опросника MOS SF 36 [3]. Статистическая обработка проводилась непараметрическим методом с использованием пакета «Statistica, v. 6,0»

Результаты. У 12 пациентов опытной группы отмечена выраженная положительная динамика неврологической симптоматики по шкале Хауса-Браакмана: регресс прозопареза с 4-5 баллов (глубокий дефицит) до 1-2 баллов (легкий прозопарез) ($p<0,05$). У одного пациента опытной группы положительной динамики в неврологическом статусе не отмечено, что, вероятно, связано с госпитализацией (спустя 11 дней от начала заболевания). В контрольной группе регресс прозопареза наблюдался незначительный (в пределах 1 балла по шкале Хауса-Браакмана).

Анализ показателей опросника качества жизни SF-36 показал, что практически по всем базовым значениям шкал опросника был превышен 65-балльный барьер, что отражало удовлетворительный уровень качества жизни пациентов с НЛН. Исключением явились результаты оценки по шкале жизненной активности (VT), где не был превышен 50-балльный рубеж. Это может подразумевать ощущение утомления, снижения жизненной активности. У пациентов опытной группы терапия цитофлавином оказывала положительное влияние на показатели шкал общего состояния (GH) ($p<0,05$) (рис.1) и психического здоровья (MH) ($p<0,05$) (рис.2).

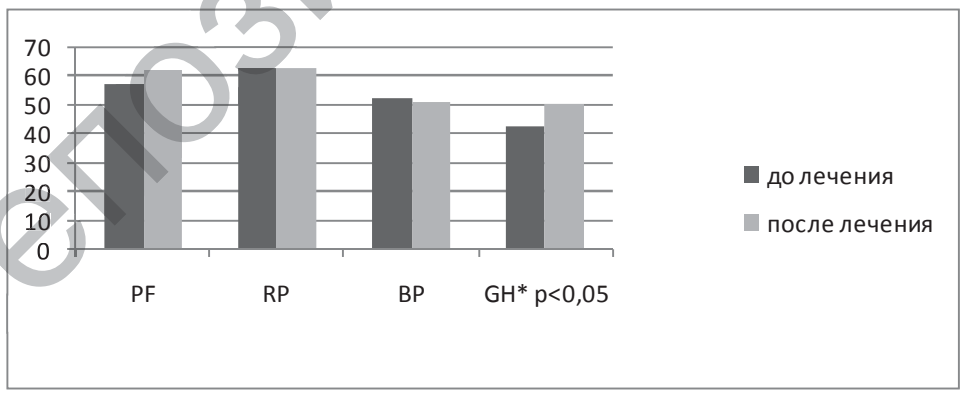


Рисунок 1 - Физический компонент здоровья

Достоверно значимого влияния терапии цитофлавином на физическое (PF), ролевое (RP) и социальное (SF) функционирование пациентов с НЛН не выявлено.

Репозиторий ГрГМУ

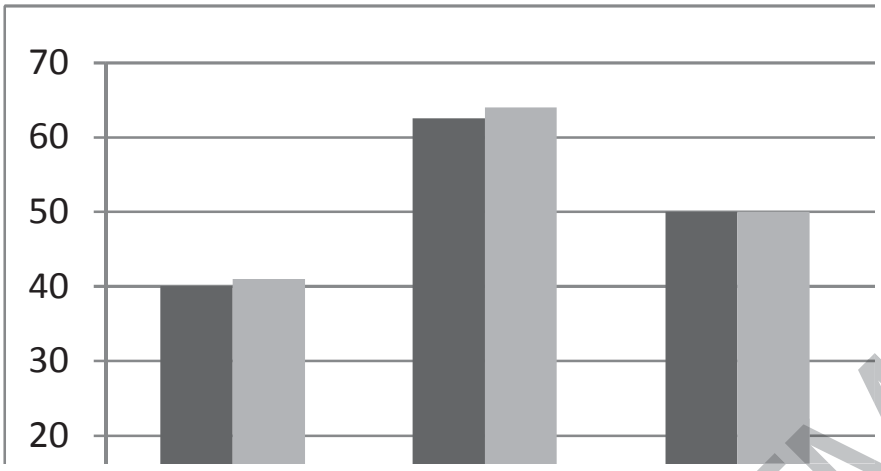


Рисунок 2 - Психический компонент здоровья

Выводы. Комбинация базисной терапии (ацикловир, дексаметазон) и цитофлавина в лечении НЛН способствует быстрому восстановлению неврологического дефицита – регрессу прозопареза, повышает оценку общего состояния своего здоровья больными, что в свою очередь способствует нормализации критериев психического здоровья.

Литература

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. – Т. 1 / Под ред. Н.Н. Яхно. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 744 с.

2. Коваленко, А.Л., Фармакологическая активность янтарной кислоты и перспектива ее применения в клинике. / А.Л. Коваленко, М.Г. Романцов, А.Ю. Петров // Сб. статей под ред. М.Г. Романцова. – С. 6-20.

3. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Шепетовой. – М.: Автодор, 2002; - С. 205-224.

4. Афанасьев В.В. Особенности применения ЦИТОФЛАВИНА в современной клинической практике / В.В. Афанасьев, И.Ю. Лукьянова/ - С.-Петербург, 2008. – 168 с.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Лелевич В.В., Лелевич С.В., Дорошенко Е.М.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одной из реально встречающихся ситуаций среди множества форм алкоголизаций человеческой популяции является прерывистый приём алкоголя по целому ряду причин. Моделирование подобных ситуаций проводилось ранее, но в последнее время экспериментальные модели прерывистой алкоголизации вызывают повышенный интерес.

Репозиторий ГрГМУ

В связи с вышеизложенным нами была разработана и экспериментально апробирована модель прерывистой алкогольной интоксикации (ПАИ), где периоды алкоголизации составляли 4 суток, а отмены – 3 суток. Первая группа – контроль. Животным внутрижелудочно дважды в сутки вводили воду в течение 28 дней. Вторая группа: внутрижелудочно вводили этанол в дозе 3,5 г/кг массы тела два раза в сутки в виде 25% раствора в течение 4 суток. Затем в течение 3-х суток животным вводили эквиобъемное количество воды. Такой цикл повторяли 4 раза. Третья группа: в течение 4 суток внутрижелудочно вводили 25% раствор этанола в дозе 3,5 г/кг массы тела два раза в сутки, а затем в течение 3 суток внутрижелудочно вводили препарат Тавамин по 250 мг/кг массы тела два раза в сутки (суточная доза 500 мг/кг массы тела). Такие недельные циклы повторяли 4 раза. Четвертая группа: в течение 4 суток вводили этанол, как в группах 2 и 3, а затем в течение 3 суток внутрижелудочно вводили препарат Нейрамин по 100 мг/кг массы тела два раза в сутки. Такие недельные циклы повторяли 4 раза.

Определение биогенных аминов, их метаболитов и нейромедиаторных аминокислот в отделах головного мозга проводили методом ВЭЖХ.

Эффекты ПАИ на функциональное состояние нейромедиаторных систем и пул нейроактивных аминокислот определяется отделом головного мозга, что вполне естественно объясняется их морфо-функциональной разнородностью.

В коре больших полушарий головного мозга ПАИ приводит к значительному, на 56%, снижению уровня гомованилиновой кислоты, что может указывать на снижение функциональной активности дофаминовой системы. Значение других определяемых показателей в данном регионе ЦНС при этом не изменяется. Тавамин нормализует содержание гомованилиновой кислоты в коре больших полушарий, понижает уровень аспартата и повышает содержание ГАМК и глицина в сравнении со 2-й группой (ПАИ). Это может означать повышение соотношения тормозных аминокислот-трансмиттеров к возбуждающим. Эффекты Нейрамина в коре больших полушарий отличаются от таковых у Тавамина. Назначение Нейрамина на фоне ПАИ

Репозиторий ГрГМУ

сопровождается увеличением содержания 5-окситриптофана, серотонина и 5-ОИУК (5-оксииндолуксусная кислота) в сравнении с 1 и 2 экспериментальными группами. Данные изменения указывают на повышение функциональной активности серотониновой системы, которая, очевидно, связана не только с доступностью предшественника, так как уровень триптофана при этом не повышается. Нейрамин снижает содержание аспартата в сравнении со 2-й группой и повышает концентрацию глутамата и глицина в сравнении с контролем.

В таламической области ПАИ не оказывает существенного влияния на уровни катехоламинов, их предшественников и метаболитов. В то же время ПАИ повышала содержание 5-окситриптофана в данном отделе мозга при стабильном уровне серотонина и его основного метаболита – 5-ОИУК. Предполагаемой причиной этого повышения может являться угнетение декарбоксилирования ароматических аминокислот. Пул нейроактивных аминокислот в таламической области при ПАИ характеризуется снижением уровня глутамина, являющегося основным предшественником ГАМК. Все исследуемые композиции аминокислот предотвращали повышение уровня 5-окситриптофана и снижение содержания глутамина в таламической области. То есть, все они способны предотвращать развитие дисбаланса уровней соединений, определяющих функционирование серотониновой и ГАМК-ергической систем, индуцируемого ПАИ.

В стриатуме ПАИ сопровождалась снижением уровня тирозина, тенденцией к снижению содержания дофамина и 3-метокситирамина, что указывает на угнетение дофаминергической активности в данном отделе мозга. Введение Тавамина нормализует уровень тирозина, а Нейрамин повышает уровень данного показателя в сравнении с ПАИ. Все исследуемые композиции увеличивают синаптический выброс дофамина, оцениваемый по уровню 3-метокситирамина. Кроме того, Нейрамин повышает деградацию дофамина, оцениваемую по содержанию ДОФУК и гомованилиновой кислоты, причем последний показатель также свидетельствует о повышении синаптического выброса медиатора ввиду внеклеточной (в синаптической щели) локализации катехол-О-метилтрансферазы.

Репозиторий ГрГМУ

При ПАИ в стриатуме изменяется фонд нейроактивных аминокислот, что выражается в снижении уровней аспартата и глицина. Введение Нейрамина предотвращает эти изменения. Назначение Тавамина предотвращает снижение уровня глицина и повышает содержание ГАМК. Следовательно, Нейрамин, в меньшей степени, и Тавамин способны предотвращать дисбаланс в системе тормозных и возбуждающих нейротрансмиттеров, формирующийся в стриатуме на фоне ПАИ.

В мозжечке ПАИ не вызывает статистически значимых изменений определяемых показателей. Тавамин и, в большей степени, Нейрамин повышает функциональную активность дофаминергической системы в мозжечке. Введение Тавамина сопровождается повышением уровня ГАМК по отношению к 1-й и 2-й экспериментальным группам. Таким образом, ПАИ вызывает дисбаланс в функционировании дофаминергической системы, соотношении тормозных и возбуждающих аминокислот-нейротрансмиттеров, степень выраженности которых определяется регионом ЦНС. Две исследуемые композиции обладают способностью препятствовать развитию этих нарушений, причем данный эффект в отношении системы тормозных и возбуждающих аминокислот более выражен при введении Нейрамина. Ни одна из исследуемых композиций не усугубляет какого-либо из проявлений дисбаланса нейротрансмиттерных систем, вызываемого ПАИ.

ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА – ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ И РЕАЛИИ

Лелевич В.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В истории человеческого общества имеются многочисленные наблюдения и глубокомысленные суждения о том, как вреден алкоголь и как хорошо от него воздерживаться. 1849-1852 годы считают временем начала научной истории изучения алкоголизма после издания сначала в Стокгольме (1849), а затем в Берлине (1852) книги шведского невролога Магнуса Гусса «Хроническая алкогольная болезнь».

Репозиторий ГрГМУ

После формирования представлений об метаболических путях начали предприниматься попытки объяснять патогенез развития алкоголизма с биологических позиций. Это многогранное и динамически развивающееся направление будет проанализировано и обобщено ниже.

Одна из первых метаболических теорий предрасположенности к алкоголизму была выдвинута R.Williams (1947). Автор объяснял повышенное потребление этанола индивидуумом его особенностями обмена веществ. С этой точки зрения допускалось, что прием этанола является естественным способом коррекции обменных сдвигов, оптимизирующих метаболический статус организма.

В 70-80 годы прошлого века это предложение плодотворно разрабатывалось под руководством академика Ю.М. Островского. Им была выдвинута и активно разрабатывалась метаболическая концепция генеза алкоголизма (1980). Согласно ей, общий подход к оценке особенностей обмена веществ, определяющих различное отношение (переносимость, предпочтение, алкоголизм) человека и экспериментальных животных к этанолу, может основываться на том, что сам этанол и его производные вступают в организме в сложные взаимоотношения и взаимодействия, формирующие в конечном итоге метаболический фон, к которому организм стремится (комфорт) или которого избегает (дискомфорт). Проверка правильности выдвигаемой концепции была начата в лабораториях ОРОВ АН БССР и на кафедре биохимии Гродненского медицинского института на животных, предпочитающих этанол (ПЭ) и предпочитающих воду (ПВ), отобранных в условиях свободного выбора. Показано, что ПЭ особи отличаются от ПВ более низким содержанием эндогенного этанола в тканях, особенностями обмена двухуглеродных соединений - этанола, ацетальдегида, ацетата (Сатановская В.И., 1981), отклонениями уровня отдельных свободных аминокислот (Островский С.Ю., 1982), более активным потреблением ацетата, но не пирувата в биосинтезе липидов (Селевич М.И., 1983), низкой скоростью начальных реакций гликолиза (Лелевич В.В., 1984). При приеме этанола ранее наблюдаемые между ПВ и ПЭ группами различия в обмене липидов, глюкозы, отдельных

Репозиторий ГрГМУ

аминокислот исчезали, подтверждая активное участие этанола в формировании определенного метаболического фона.

Однако в последнее время предположение о дефиците алкоголя и ацетальдегида в организме как источнике влечения к нему у больных алкоголизмом подвергается критике клиницистов-наркологов (Альтшулер В.Б., 2013). Невозможно объяснить нехваткой алкоголя в организме резкое усиление влечения к алкоголю после приема спиртного, что составляет характернейший симптом алкоголизма, трудно объяснить цикличность влечения к алкоголю, если он уже «включился в метаболизм мотивационных центров», почему возникают спонтанные ремиссии и некоторые другие клинические симптомы. Учитывая, что изучением алкоголизма занимается достаточно много научных коллективов, исследуются разные виды метаболизма, периодически появляются новые теории патогенеза этого заболевания с более или менее локальными позициями.

В 1993 г. была выдвинута гипоэнергетическая гипотеза возникновения и развития алкоголизма (Лелевич В.В.), в которой обосновывается доминантная роль гипоэнергетического состояния. Доказано соответствие изначально более низкой скорости углеродно-энергетического обмена в различных органах (ЦНС, печень, миокард) повышенному уровню алкогольной мотивации. Этанол выступает в роли фактора, избирательно стимулирующего энергопроизводящие процессы у ПЭ особей, что обуславливает высокий «алкогольный аппетит» для достижения комфортного состояния.

Обобщая изучение состояния нейромедиаторных систем при действии алкоголя И.П. Анохиной была сформирована концепция зависимости от психоактивных веществ (алкоголь, наркотики) (1990). Врожденная предрасположенность к потреблению алкоголя имеет связь с функциональной недостаточностью « системы награды» мозга, в первую очередь дефицитом дофаминовой нейромедиации, а также с особенностью индивидуальных реакций на это вещество. Алкоголь стимулирует дофаминовые структуры «системы награды», компенсируя врожденную недостаточность функций лимбических структур головного мозга.

Репозиторий ГрГМУ

Недавно была выдвинута окислительная теория патогенеза алкоголизма (Зиматкин С.М., 2013). В ней автор объясняет влечение к алкоголю вследствие врожденной и/или приобретенной недостаточности таких эндогенных метаболитов как ацетальдегид, сальсолинол, ацетат, аденозин, ведущей к метаболическому и психоэмоциональному дискомфорту в организме. Поэтому ключевым механизмом патогенеза алкоголизма является окисление этанола и ацетальдегида в периферических органах и в определенных структурах мозга, которое зависит от индивидуальной экспрессии и активности в них этанолокисляющих ферментов и альдегиддегидрогеназы. На определенные разногласия этой точки зрения с мнением специалистов-наркологов указывалось ранее (Альтшулер В.Б., 2013). Кроме того, если на роль окислительных процессов взглянуть шире, то хорошо известна и ранее детально изучена роль окислительного стресса в патогенезе алкогольной болезни и развитии при этом висцеропатий (Панченко Л.Ф., 2008).

Таким образом, обобщая вышеприведенные точки зрения на патогенез алкоголизма можно заключить, что до настоящего времени нет общепринятой (для клиницистов и экспериментаторов) концепции возникновения и развития данного заболевания. Очевидно, что в обозримом будущем будет происходить накопление новых научных результатов о различных аспектах патогенеза алкоголизма и, по всей вероятности, формирование новых, интегрально-реалистических его теорий.

НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Лелевич В.В., Виницкая А.Г., Черникевич Е.Ч.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы в Республике Беларусь, как и в других странах СНГ, наблюдается рост распространения немедикаментозного употребления психоактивных веществ (ПАВ) [1-3]. В частности, в 2011 г. в Российской Федерации было зарегистрированы 563521 потребителей наркотических и ненаркотических ПАВ, что составило 394,4 человек в расчете на

Репозиторий ГрГМУ

100 тыс. населения [1]. Среди наркозависимых в РФ лидирующее место занимали потребители опийных наркотиков – 85,6%, второе ранговое место заняли больные с зависимостью от каннабиноидов – 6,8%, остальные употребляли другие наркотики и их сочетания [1]. В сравнении с Россией, наркологическая ситуация в Беларуси выглядит более умеренной. Так, по данным 2010 г. в Беларуси аналогичный показатель учтенной распространенности наркопотребления составлял 130,3 наркопотребителей на 100 тыс. населения республики [2].

Целью настоящего исследования явился анализ особенностей распространенности наркопотребления в Беларуси в 2008-2012 гг. на основе использования официальных данных наркологической службы Министерства здравоохранения РБ.

Объектом исследования явились пациенты с синдромом зависимости от наркотических и ненаркотических веществ (МКБ-10: F11.2–F.16.2, F18.2–F19.2) и лица, с пагубным употреблением наркотических и ненаркотических веществ (МКБ-10: F11.1–F.16.1, F18.1–F19.1), зарегистрированные на наркологическом учете Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2008-2012 гг. За единицу наблюдения был принят каждый учтенный потребитель наркотических и ненаркотических ПАВ, все случаи заболевания синдромом зависимости от ПАВ, зарегистрированные в наркологических учреждениях республики за последние 5 лет. Анализ информации на потребителей ПАВ проводился по социально-эпидемиологическим и медицинским параметрам, которые рассчитывались из регистрационных карт наркопотребителей, впервые выявленных и снятых с учета в наркологических учреждениях республики. Данные из регистрационных карт вводились в компьютерную базу данных и подвергались статистической обработке.

По данным Центра мониторинга за наркотиками и наркопотреблением ГрГМУ на 1 января 2013 г. на учете в наркологических учреждениях Беларуси состояли 14647 потребителей наркотических и ненаркотических ПАВ (10986 – в начале 2009 г.). В 2012 г. среднереспубликанский показатель «Распространенности потребления ПАВ» составил 154,8 человек на 100 тыс. населения, и вырос в 1,4 раза по сравнению с уровнем 2008 г. (113,6).

Репозиторий ГрГМУ

Согласно результатам предыдущих исследований [3], рост распространенности немедицинского потребления ПАВ в Беларуси отмечается с 90-х годов прошлого столетия. Так, в 1996 г. на учете в наркологических учреждениях Беларуси состояло всего 3144 потребителей ПАВ, или 47,1 человек на 100.000 населения республики [3]. Следовательно, за период 1996–2012 гг. общее число зарегистрированных наркопотребителей в Беларуси увеличилось в 4,6 раза, а показатель «Распространенности потребления ПАВ» в 3,2 раза превысил соответствующий показатель 1996 г.

Употребление наркотиков в Беларуси в большей степени «мужской феномен». В 2012 г. на наркологическом учете состояло 12392 мужчин (84,6%) и 2255 женщин (15,4%). В 2008 г. удельный вес мужчин и женщин, состоящих на наркологическом учете, составлял, соответственно, 84% и 16%.

В 2012 г. на диспансерном учете состояло 7722 наркозависимых лиц, или 52,7% от всего зарегистрированного контингента (49,3% – в конце 2008 г.). Остальные 6925 наркопотребителей имели диагноз пагубного употребления ПАВ.

Подобно Российской Федерации, в Беларуси за наркологической помощью наиболее часто обращаются потребители кустарных видов наркотиков, в основном – экстракционного опия и каннабиноидов [1]. Так, по данным 2012 г. экстракционный опий, изготовляемый из растений рода Papaver, употребляли 53% от всех зарегистрированных наркопотребителей (49,6% - в 2008 г.). Потребители каннабиноидов составили 16% от всех состоящих на учете в 2012 г., и их количество выросло в 1,4 раза по сравнению с 2008 г.

Потребители других видов ПАВ выявляются в Беларуси в гораздо меньшей степени. Так, в 2012 г. ингалянты употребляли 7,3% учтенных наркопотребителей. Удельный вес потребителей психостимуляторов составил 3,7%, седативных и снотворных препаратов (2%), галлюциногенов (1%).

Таким образом, за последние пять лет в Беларуси был отмечен умеренный рост количества учтенных наркопотребителей. В структуре официально зарегистрированных потребителей ПАВ преобладали потребители кустарных

Репозиторий ГрГМУ

наркотиков – экстракционного опия, и каннабиноидов. Далее, по уменьшению частоты потребления располагались ингалянты, психостимуляторы, седативные и снотворные препараты, галлюциногены, другие ПАВ. Проведенные исследования свидетельствуют о значительно меньших масштабах распространенности наркопотребления среди населения Беларуси, по сравнению с Российской Федерацией. Тем не менее, прозрачность границ и высокие темпы миграции населения способствуют формированию общих тенденций и особенностей наркопотребления в этих странах. К ним относятся преимущественное приобщение к ПАВ мужчин, преобладание опийных наркотиков и инъекционного способа употребления ПАВ.

Литература

1. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Сидорюк О.В., Ванисова Н.Г., Григорова Н.И., Бобков Е.Н. Основные показатели деятельности наркологической службы в 2011 году. – Москва: ННЦ наркологии МЗиС РФ, 2012. – 38с

2. Наркологическая ситуация в Республике Беларусь и ее региональные особенности / В.В. Лелевич, [и др.] // Наркология. – 2012. - № 11. – С. 70-77.

3. Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь / В.В. Лелевич, [и др.]. – Минск: Альтиора, 2006. – 46 с.

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ МОРФИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Лелевич С.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Степень нарушений углеводного обмена при действии морфина зависит от длительности его приема и дозы. Имеются различия в эффектах наркотика при острой и хронической интоксикации, и поэтому оба этих состояния правильнее рассматривать раздельно. Метаболические нарушения, характерные для хронической морфиновой интоксикации (ХМИ), как правило, получают в различных экспериментальных условиях, что не позволяет сформировать целостную картину развития данной патологии. Ранее нами было изучено состояние основных нейромедиаторных систем головного мозга [3], нарушения обмена глюкозы в печени [1] и скелетной

Репозиторий ГрГМУ

мускулатуре [2] при моделировании хронической морфиновой интоксикации. Для воссоздания целостной патохимической картины развития ХМИ с учетом центральных (головной мозг) и периферических (печень, скелетная мускулатура) компонентов нами был проведен сравнительный интегральный анализ метаболических нарушений в тканях, полученных в одной унифицированной модели. Цель работы – дать сравнительную характеристику центральных (нейромедиаторы головного мозга) и периферических (показатели углеводного обмена в печени и скелетной мускулатуре) метаболических механизмов развития хронической морфиновой интокискации.

В эксперименте по моделированию ХМИ было использовано 32 особи белых, беспородных крыс-самцов массой 180-220 г. Особи 2-й группы получали наркотик в течение 7 суток, 3-й группы – 14 суток, а 4-й в течение 21 суток. Морфина гидрохлорид вводили внутрибрюшинно 2 раза в сутки в возрастающих дозах. Контрольные животные (1-я группа) получали эквиобъемные количества физиологического раствора.

В гомогенатах печени и скелетной мускулатуры с помощью высокочувсвительных методов было выполнено определение активностей основных ферментов гликолиза и пентозофосфатного пути (ПФП), а также содержание основных субстратов углеводного обмена. В отдельных регионах головного мозга методом ВЭЖХ исследовалось содержание ключевых нейромедиаторов, их предшественников и метаболитов.

Введение морфина в течение 7 суток приводило к ингибированию активностей гк, ффк, пк, лдг, а также 6-фгдг. содержание глюкозы в печени уменьшаллось до 56% ($p<0,001$), а г-6-ф – до 40% ($p<0,001$) от значений контроля. В мышечной ткани наблюдалось снижение активности гк и г-6-фдг, а также уменьшение содержания г-6-ф на 37% и рост концентрации лактата на 39% ($p<0,01$). В коре больших полушарий при этом повышался уровень гомованилиновой кислоты. В таламической области к концу первой недели введения морфина отмечалось снижение содержания дофамина и норадреналина при повышении уровней 3,4-диоксифенилуксусной и гомованилиновой кислот. В стволе головного мозга у особей 2-й группы снижалось содержание дофамина (на 28%) и

Репозиторий ГрГМУ

норадреналина, а также повышались уровни 3,4-диоксифенилуксусной и гомованилиновой кислот. Введение морфина в течение 7 суток сопровождалось увеличением в мозжечке уровней гомованилиновой и 5-оксииндолуксусной кислот, а также гамк.

Введение морфина в течение 14 суток сопровождалось снижением в печени активности ффк и тк. Содержание глюкозы и г-6-ф оставалось ниже уровня контрольной группы. В коре больших полушарий у крыс данной группы наблюдалось повышение 3,4-диоксифенилуксусной кислоты на 59%, снижался уровень 5-оксииндолуксусной кислоты, а уровень гамк повышался. В таламической области при этом наблюдалось снижение уровня дофамина и повышение содержания гомованилиновой кислоты и гамк. в стволе головного мозга в данных условиях наблюдалось снижение дофамина и норадреналина на 28 и 38%, соответственно, а также рост концентраций 3,4-диоксифенилуксусной и гомованилиновой кислот. В мозжечке в данных условиях наблюдалось увеличение концентрации норадреналина и гамк, а также падение содержания 5-окситриптофана.

Введение морфина в течение трех недель приводило к ингибированию в печени активностей глк, ффк, пк, лдг и тк. Трехнедельная морфиновая интоксикация сопровождалась снижением содержания глюкозы и г-6-ф, а также активности тк в мышцах, в коре больших полушарий в данных условиях содержание серотонина и 5-оксииндолуксусной кислоты снижалось, а уровень гамк повышался. В таламической области через три недели от начала введения морфина отмечалось повышение содержания гомованилиновой кислоты, понижение уровня серотонина и 5-оксииндолуксусной кислоты. В мозжечке происходило снижение содержания 3,4-диоксифенолуксусной кислоты и серотонина.

Таким образом, в формировании признаков хронической морфиновой интоксикации принимают участие как центральные, так и периферические механизмы. Это подтверждается ингибированием функционирования гликолиза и пфп в печени и скелетной мускулатуре, а также нейромедиаторными нарушениями в различных отделах головного мозга.

Репозиторий ГрГМУ

Выраженность нарушений при этом определяется сроками введения морфина в организм.

Литература

1. Лелевич, С.В. Метаболические аспекты морфиновой наркомании. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 140 с.

2. Лелевич, С.В. Нарушения метаболизма глюкозы в скелетной мускулатуре крыс в динамике алкогольного абстинентного синдрома / С.В. Лелевич // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 87-92.

3. Лелевич, С.В. Дорошенко, Е.М. Состояние нейромедиаторных систем в некоторых отделах головного мозга крыс в динамике алкогольного постинтоксикационного синдрома / С.В. Лелевич, Е.М. Дорошенко // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2011. – № 2. – С. 29-33.

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА

Лиопо Т.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Инфекционные поражения центральной нервной системы (ЦНС) различной этологии в настоящее время являются очень актуальной проблемой. Характерные клинические симптомы не всегда являются специфичными, что может быть обусловлено другой патологией, включая неинфекционную [2, 4].

В настоящее время широко используются различные методы исследования, включая МРТ и КТ (компьютерную томографию) головного мозга. Согласно литературным данным известно, что данные методы визуализации позволяют диагностировать только выраженные (грубые) изменения со стороны ЦНС [1, 3].

Целью нашего исследования явилось изучение диагностической значимости МРТ у пациентов с менингеальным синдромом.

Материалы и методы. Нами ретроспективно изучены истории болезни пациентов УЗ «ГОИКБ», которым было поведено МРТ головного мозга за период 2008-2009 гг. Всего проанализированы 23 случая, из них 14 (60,1%) пациентов мужского и 9 (39,9%) лиц женского пола. 12 пациентов (52,2 %) поступали в стационар в среднетяжелом состоянии, остальные 11 человек (47,8%) - в тяжелом состоянии.

Репозиторий ГрГМУ

Пациенты поступали с жалобами, характерными для инфекционного поражения ЦНС. Среди характерных жалоб у 20 пациентов (86,9%) было повышение температуры, у 12 человек (52,2%) – головная боль, у 7 (20,3%) – рвота.

Всем пациентам проведены общеклинические исследования, включающие сбор жалоб, анамнеза заболевания, объективный осмотр. 14 пациентам (60,1%) была выполнена люмбальная пункция. Диагноз инфекционного поражения ЦНС в виде менингита был выставлен 5 пациентам (21,7%), менингоэнцефалита (2-8,7%), энцефалита (6-26,1%).

По диагнозам при поступлении пациенты распределились следующим образом (табл.1):

Таблица 1 - Перечень диагнозов при поступлении

Диагноз при направлении	n	%
Менингит?	6	26,0
Энцефалит	3	13,0
Клещевой энцефалит	2	8,7
Лихорадка неясной этиологии, МСК?	3	13,0
ОРВИ	6	26,0
Ботулизм?	1	4,3
Пневмония, МСК?	1	4,3
Цирроз печени, МСК?	1	4,3
Итого:	23	100

Исследования МРТ всем пациентам выполнялись в связи со сложностями в постановке диагнозов и необходимостью использования дополнительных методов исследований. У некоторых больных (n=3) при проведении МРТ была выявлена грубая органическая патология (объемное образование, аневризма, синдром Толоса-Ханта), требующие неотложной помощи других специалистов (нейрохирургия, неврология). У 2 пациентов не выявлено патологических изменений на МРТ.

Результаты. При анализе заключений МРТ у данных больных выявлены следующие изменения, в зависимости от клинического диагноза (табл. 2). Случаи с поражением вещества головного мозга были объединены в одну группу.

Репозиторий ГрГМУ

Таблица 2 - Показатели МРТ у пациентов с МСК

Показатели МРТ	ОРВИ (n=5)	Менингит (n=5)	Менинго-энцефалит (n=8)
Глиозные изменения	4 (80,0%)	1 (20,0%)	2 (25,0%)
Вентрикулодилатация	-	2 (40,0%)	4 (50,0%)
Расширение субарахноидального пространства	2 (40,0%)	-	3 (37,5%)
Дегенеративные изменения	1 (20,0%)	-	-
Повышение Т2-сигнала	4 (80,0%)	3 (60,0%)	4 (50,0%)
Повышение Т1-сигнала	2 (40,0%)	1 (20,0%)	2 (25,0%)
Понижение Т1-сигнала	1 (20,0%)	-	-
Признаки отека головного мозга	-	-	2 (25,0%)
Воспалительные изменения	-	2 (40,0%)	2 (25,0%)

Заключение. Как следует из приведенных выше данных, специфических признаков, которые бы позволили использовать данный метод для диагностики начальных стадий или невыраженных признаков воспаления мозговых оболочек и для дифференциальной диагностики этиологии менингита не обнаружено.

Литература

1. Скрипченко, Н.В. Инфекционные заболевания нервной системы у детей: проблемы, поиски, решения / Н.В. Скрипченко// Нейроиммунология. Том II. – 2004. – № 1. – С. 12-20.

2. Цыркунов, В.М. Менингеальный симптомокомплекс: вопросы клинической дифференциации / В.М. Цыркунов, Т.В. Лиопо // Журнал ГрГМУ. – 2005. – № 1. – С. 81-85.

3. Hasbun, R. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. / R. Hasbun, J. Abrahams, J. Jekel, V.J.Quagliarello // N. Engl. J. Med. – 2001. – 345. – P. 1727-1733.

4. Thomas, KE. The diagnostic accuracy of Kemig's sign. Brudzinski'ssign, and nuchal rigidity in adults with suspected meningitis. / K.E. Thomas, R. Hashun, J. Jekel, V.J. Quagliarello // Clin Keel Dis. – 2002. – 35. – P. 46-52.

Репозиторий ГрГМУ

АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лис М.А.[1], *Болтач А.В.*[1], *Отливанова О.В.*[1], *Драгун Ю.В.*[2]
УО «Гродненский государственный медицинский университет»[1]
ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ»[2]

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности. Внедрение в клиническую практику новых методов исследования (холтеровское мониторирование, ультразвуковое исследование сердца, нагрузочное тестирование) позволило установить, что ХОБЛ следует рассматривать как фактор, повышающий риск развития ИБС в 2-3 раза. Сочетаемость ИБС и ХОБЛ, по данным различных исследований, у лиц старших возрастных групп достигает 62%. При оценке суточного мониторирования ЭКГ установлено, что у большинства больных ХОБЛ (84-100%) встречаются различные нарушения ритма.

Целью нашего исследования явилось изучение вегетативной регуляции ритма сердца у пациентов с ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и метод. Нами было обследовано 28 пациентов, страдающих ХОБЛ в сочетании с ИБС, в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст составил 53,2±3,3). Мужчин было 26 человек, женщин – 2. Все пациенты имели стаж курильщика не менее 15 лет и от курения не отказываются. Состояние вегетативного тонуса оценивали по результатам однократного исследования анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) на аппаратно-программном комплексе «Бриз».

Результаты. В исследуемой нами группе пациентов баланс отделов вегетативной нервной системы (ВНС) характеризуется резким ослаблением активности симпатического отдела вегетативной нервной системы у большинства пациентов. Так, ослабление активности симпатического отдела ВНС установлено у 20 пациентов (71,43%), из них 18 мужчин и 2 женщины (стаж курения более 20 лет, количество выкуриваемых сигарет в день около 20 штук). Умеренное усиление активности симпатического отдела ВНС отмечалось у 3 (13,71%) мужчин (стаж курения 17-20

Репозиторий ГрГМУ

лет, количество выкуриваемых сигарет в день 10-20 штук). Нормальная активность симпатического отдела ВНС регистрировалась у 5 (17,86%) пациентов (мужчины), у которых стаж курения был 15-17 лет, и количество выкуриваемых сигарет в день не превышало 10 штук. При спектральном анализе ВСР выявлены достоверные различия уровня всех составляющих спектра с достоверным увеличением значений низкочастотной и высокочастотной составляющих.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у пациентов, страдающих ХОБЛ в сочетании с ИБС, отмечается тенденция к угнетению влияния симпатического воздействия на модуляции сердечного ритма, зависящая от стажа курения и количества выкуриваемых сигарет в день, что требует дальнейшего изучения и диагностического поиска.

Литература

1. Снежицкий, В.А. Методологические аспекты анализа вариабельности сердечного ритма в клинической практике /В.А. Снежицкий// Медицинские новости. - 2004. - №9. - С. 37-43.

2. Сидоренко, Г.И., Комиссарова, С.М., Золотухина С.Ф. Вариабельность сердечного ритма и ее клиническое значение в определении риска послеоперационных осложнений при кардиохирургических вмешательствах / Г.И. Сидоренко, С.М. Комиссарова, С.Ф. Золотухина // Медицинские новости. – 2005. – № 8. – С. 89-94.

3. Ventskovich, A., Laukel, A. Evaluation of autonomic heart rhythm regulation in patients suffered an ischemic stroke / A. Ventskovich, A. Laukel // 20th International Students' Scientific Conference, Gdansk, April 19th-21th 2012. - Gdansk, 2012. - P. 25.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Лис М.А., Курбат О.П., Добродей М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Среди пациентов с острым коронарным синдром без подъема сегмента ST инвазивная стратегия является приоритетной, особенно, при наличии высокого риска госпитальной летальности (более 140 баллов) по шкале Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) [1]. Поскольку острый коронарный синдром без подъема сегмента ST встречается чаще, чем с подъемом сегмента ST [2], и через 6 месяцев уровень

Репозиторий ГрГМУ

смертности в обеих группах практически не отличается [1], весьма актуальным является решение вопросов терапии пациентов с прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН) с низким и промежуточным риском госпитальной летальности по шкале GRACE.

Цель исследования - определить показания к включению в комплексную терапию пациентов с прогрессирующей стенокардией напряжения с низким и промежуточным риском по шкале GRACE, протекающей на фоне постинфарктного кардиосклероза и артериальной гипертензии (АГ) II степени, миокардиального цитопротектора триметазидина.

Материалы и методы исследования. 50 пациентов с прогрессирующей стенокардией напряжения с низким и промежуточным риском по шкале GRACE: подгруппа Б – 26 человек, получавших только стандартную медикаментозную терапию согласно протоколам МЗ РБ 2006 г.; подгруппа БТ – 24 пациента, которым в дополнение с третьих суток назначался триметазидин модифицированного высвобождения 35 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ), проводилось на 3-канальном кардиомониторе «КР-01» («Кардиан», Республика Беларусь) на 2-е сутки и 13-е сутки лечения. Болевая ишемия миокарда (БИМ) устанавливалась при наличии ишемического смещения сегмента ST на ЭКГ во время эпизодов боли, указанных в дневниках пациентов. Эпизоды безболевой ишемии миокарда (ББИМ) регистрировались по горизонтальному либо косонисходящему смещению сегмента ST не менее чем на 1 мм (100 мкВ) от изолинии и косовосходящему - не менее чем на 1,5 мм (150 мкВ) на расстоянии 0,08 секунд от точки j вне ангинозного приступа [3]. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программного обеспечения STATISTIKA 6.0. Для сравнения двух независимых групп использовали U-критерий Манна-Уитни. Зависимые количественные переменные сравнивали с помощью критерия Вилкоксона. За критический уровень значимости было принято значение p=0,05. Оценку прогностической значимости суммы безболевой ишемии определяли с помощью ROC-анализа с построением характеристических кривых зависимости

Репозиторий ГрГМУ

чувствительности от вероятности ложноположительных результатов с использованием статистического аппарата программы «StatsDirect 2.7.2».

Результаты. Для разработки показаний к дифференцированному применению триметазидина было решено разделить подгруппы пациентов в зависимости от наличия или отсутствия после лечения ББИМ. По результатам оценки эффективности терапии в подгруппе Б выделено две подгруппы: подгруппа А – пациенты, в отношении которых имелся положительный эффект от комплексной терапии (n=10), подгруппа В – пациенты, в отношении которых не имелся положительный эффект от терапии (n=16). Для определения прогностической ценности длительности безболевой ишемии миокарда проведен ROC-анализ показателей в приведенных подгруппах.

Построение характеристической кривой позволило установить точку отсечения (cut-off point) менее 23 с оптимальным значением чувствительности 90,0% (ДИ от 55,5% до 99,7%, $p<0,05$) и специфичности 69,0% (ДИ от 41,3% до 89,0%, $p<0,05$), свидетельствующую о высокой вероятности положительного эффекта от терапии. Площадь под кривой (AUC) составила 0,77 (ДИ от 0,29 до 1, $p<0,05$), что указывает на хорошую прогностическую способность данной модели (согласно экспертной шкале для значений AUC).

Применение данной точки отсечения в подгруппе БТ и деление оставшихся пациентов (n=14) в зависимости от наличия или отсутствия после лечения ББИМ позволило выделить еще 2 подгруппы пациентов. Подгруппа С (n=6) – пациенты, имеющие значение исходной длительности ББИМ более 23 с положительным эффектом от терапии в сочетании с ТМЗ, подгруппа D (n=8) – пациенты с исходной длительностью ББИМ более 23, но без положительного эффекта от терапии. Построение характеристической кривой для данных подгрупп позволило установить точку отсечения (cut-off point) менее 54 с оптимальным значением чувствительности 100% (ДИ от 54% до 100%, $p<0,05$) и специфичности 75% (ДИ от 35% до 97%, $p<0,05$), свидетельствующую о высокой вероятности положительного эффекта от терапии. Площадь под кривой (AUC) составила 0,75

Репозиторий ГрГМУ

(ДИ от 0,1 до 1, p<0,05), что указывает на хорошую прогностическую способность данной модели (согласно экспертной шкале для значений AUC).

Таким образом, проведенный ROC-анализ показал высокую прогностическую значимость оценки длительности безболевой ишемии миокарда с точками отсечения более 23 и менее 54 включительно для прогнозирования положительного эффекта от применения стандартной терапии в сочетании с триметазидином у пациентов с прогрессирующей стенокардией напряжения.

Литература

1. The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology; ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation / Christian W. Hamm [et al.] // European Heart Journal. – 2011. – 32 - P. 2999-3054.

2. Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction / R.W. Yeh, S. Sidney [et al.] // N Engl J Med. – 2010. – 362. – P. 2155-2165.

3. Дабровски, А. Суточное мониторирование ЭКГ / А. Дабровски, Б. Дабровски, Р. Пиотрович. - Москва: Медпрактика, 1998. – С. 46-208.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Луговская А.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Изучение поведения человека в стрессовых ситуациях привело к выявлению механизмов совладания, или копинг-механизмов, определяющих успешную или неуспешную адаптацию.

Впервые термин "coping" был использован Мерфи в 1962 г. в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. В последующем понимание копинг-механизмов было тесно связано с исследованиями психологического стресса.

В теории копинг-поведения, основанной на работах когнитивных психологов Р. Лазаруса и С. Фолькмана, выделяются базисные копинг-стратегии. Копинг-стратегия «разрешения проблемы» - это активная поведенческая стратегия для поиска возможных способов эффективного разрешения

Репозиторий ГрГМУ

проблемы. Копинг-стратегия «поиск социальной поддержки» - это активная поведенческая стратегия, при которой человек для эффективного разрешения проблемы обращается за помощью и поддержкой к окружающей его среде: семье, друзьям, значимым другим. Копинг-стратегия «избегание» - это поведенческая стратегия, при которой человек старается избежать контакта с окружающей его действительностью, уйти от решения проблем (уход в болезнь).

Особую значимость имеет исследование копинг-поведения у лиц с тревожными расстройствами, поскольку преодоление самой болезни, внутри- и межличностных конфликтов является основным этиопатогенетическим фактором развития заболевания.

Цель исследования: определить ведущие копинг-стратегии у лиц, страдающих тревожными расстройствами.

Задачи исследования:

1. Изучить ведущие копинг-стратегии у лиц, страдающих тревожными расстройствами.

2. Изучить ведущие копинг-стратегии в группе сравнения.

3. Провести сравнительный анализ копинг-стратегий у лиц, страдающих тревожными расстройствами и в группе сравнения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 116 человек в возрасте от 20 до 62 лет, 58 из которых находились на лечении в отделении пограничных состояний и дневном стационареУЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология» в период с 2011 по 2013 гг. (36% – мужчины, 64% – женщины, средний возраст – 46,5 лет), и 58 – здоровые испытуемые (36% – мужчины, 64% – женщины, средний возраст – 39 лет). Пациенты составили основную группу, здоровые испытуемые – группу сравнения. Критериями включения в основную группу являлось наличие тревожных расстройств, диагноз которых был выставлен на основании критериев МКБ-10. В ходе исследования был использован опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Методика предназначена для определения копинг-механизмов, способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий. Данный опросник считается стандартной методикой в области измерения копинга. Методика была разработана Р. Лазарусом и С.

Репозиторий ГрГМУ

Фолкманом в 1988 году, адаптирована Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С.Замышляевой в 2004 году. предлагались 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Респондент оценивал, как часто данные варианты поведения проявляются у него. Номера опросникаработают на разные шкалы. Конфронтационный копинг - пункты: 2, 3, 13, 21, 26, 37. Дистанцирование - пункты: 8, 9, 11, 16, 32, 35. Самоконтроль - пункты: 6, 10, 27, 34, 44, 49, 50. Поиск социальной поддержки - пункты: 4, 14, 17, 24, 33, 36. Принятие ответственности - пункты: 5, 19, 22, 42. Бегство-избегание - пункты: 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47. Планирование решения проблемы - пункты: 1, 20, 30, 39, 40, 43. Положительная переоценка - пункты: 15, 18, 23, 28, 29, 45, 48.

Для выявления различий в уровне выраженности данных копинг-стратегий в основной и контрольной группах использовался непараметрический критерий Манна-Уитни (U-критерий). Результаты считались достоверно различимыми при уровне значимости $p<0,05$. Статистическая обработка проводилась с помощью статистического пакетаStatistica6.0.

Результаты исследования. При проведении статистической обработки данных копинг-стратегий было выявлено, что группы достоверно различаются по уровню выраженности копинг-стратегии «бегство-избегание». Так, U-критерий равен 1187 при уровне значимости $p=0,006$ и количестве испытуемых 58 в каждой группе.

Выраженность данной стратегии говорит о том, что эти лица чаще используют поведение, предполагающее избегание мыслей о неприятностях, пассивность, уединение, покой, изоляцию, стремление уйти от активных интерперсональных контактов, отказ от решения проблем. Формируется представление о своей несостоятельности, снижается самооценка, шансы на успех в преодолении трудной ситуации уменьшаются.

Выводы.

1. Сравнительный анализ копинг-стратегий свидетельствует о качественном различии структуры копинг-поведения в основной группе и группе сравнения.

2. У лиц, страдающих тревожными расстройствами, отмечается преобладание дезадаптивной копинг-стратегии

Репозиторий ГрГМУ

«бегство-избегание», что обусловлено преобладанием в поведении мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения успеха. При приобретении дезадаптивного характера данная копинг-стратегия может расцениваться как сигнал о возможных внутриличностных конфликтах [3].

Литература

1. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. М., 1960.

2. Amirkhan, J.H. A Factor analytically drived measure of coping: The coping strategy indicator/ J.H. Amirkhan // J. Personality Soc. Psychol. - 1990. - Vol. 59, № 5. - P. 1066–1074.

3. Lazarus, R.S. Coping and adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine. - N.Y.: Guilford, 1984. - P. 282–325.

СИНЕРГЕТИКА И МЕДИЦИНА: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Лукьянова Л.И., Бедин П.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Современный уровень развития науки характеризуется нарастающим сближением методологии гуманитарного и естественнонаучного знания. На статус такой междисциплинарной методологии исследования в последнее время претендует синергетика, в становлении которой значительную роль сыграли идеи бельгийского физика русского происхождения И.Пригожина. Как следствие в научной методологии прочно утвердились термины: хаос, порядок, неравновесность, бифуркация, фрактал, диссипативные структуры и др.

Следует отметить, что представления о хаосе и порядке было характерно для человеческой мысли уже на ранних этапах её развития. Однако, «хаос» синергетики не есть безначальный и первозданный хаос древней мифологии, он есть фаза утраты устойчивости, определённости, порядка в той или иной системе, принадлежащей к определённой предметной области. Синергетический хаос в своей предыстории имеет определённый порядок, и сам является его предпосылкой, определённой фазой перехода к будущему новому порядку. В процессе самоорганизации, таким образом, обнаруживается амбивалентная

Репозиторий ГрГМУ

природа хаоса. С одной стороны, хаос разрушителен, с другой – созидателен и конструктивен. Иными словами, хаос можно уподобить двуликому Янусу: разрушая, он созидает, а, созидая, приводит к разрушению. Наличие в системе этих двух начал (порядка и хаоса) делают систему неравновесной, неустойчивой, нестабильной.

Тот факт, что о самой синергетике, написано достаточно много, не означает, что во всех естественнонаучных и гуманитарных дисциплинах сформировалось систематизированное представление об этой достаточно молодой науке. Если синергетическая методология рассмотрена более плодотворно в таких науках, как физика, математика, химия, то, что касается медицины, то здесь эта методология пока не нашла достаточного теоретического осмысления, а тем более практического применения. Между тем, медицина не менее продуктивная область знания, где синергетический подход вполне закономерен. Это объясняется тем, что современный человек живёт в мире, который и не детерминирован, и одновременно не случаен, и поэтому все процессы, происходящие в организме должны основываться на двуединстве противоположных характеристик – детерминированности и случайности, процессах созидания и разрушения.

Нельзя сказать, что проблема системного, целостного подхода к оценке здоровья и болезни была поставлена только синергетикой. Проблема целостности в силу своей теоретической и практической важности, как указывалось выше, привлекала к себе внимание уже в античной науке. Но решение этого вопроса зависело от множества причин и, в первую очередь, от достигнутого уровня развития науки, от степени познания отдельных сторон жизнедеятельности организма, философского понимания проблемы, а также от мировоззрения врача.

Примеров применения методологической базы синергетики в области медицины достаточно много. Попытаемся проиллюстрировать это на примере иммунной системы человека. Хорошо известно, что иммунитет - жизненно необходимое приспособление организма, позволяющее индивиду оставаться самим собой, защищающее биологическое «я» от деструктивных изменений на протяжении всей жизни. Бесспорно, человеческий

Репозиторий ГрГМУ

организм является открытой системой. Иммунная система в этом смысле – один из компонентов, поддерживающих стабильность этой открытой системы наряду с другими не менее важными системами. Вместе с тем ключевое свойство совершеннейшей системы иммунитета в плане распознавания «своего» и «не своего» имеет в основе случайность. И эта случайность запрограммирована в геноме природы и поэтому, как это не звучит парадоксально, случайность в данном случае закономерна.

С точки зрения второго закона термодинамики, здоровье есть состояние с максимально возможной энергией, при котором обеспечивается функционирование систем организма в необходимом для поддержания жизнедеятельности объёме. Это означает, что для поддержания своей жизнеспособности организм затрачивает больше энергии, чем затрачивал ранее и, следовательно, все процессы в организме протекают более напряженно. Состояние же болезни, наряду с уменьшением энергии, сопровождается функционированием системы в режиме, который ограничивает жизнедеятельность, что, как правило, проявляется клинически. Например, для нормально функционирующей иммунной системы, находящейся в состоянии относительного покоя, будет характерна максимальная энтропия. Эта же система в возбужденном состоянии будет характеризована минимальной энтропией. Для организма с иммунодефицитом, даже в процессе болезни, энтропия не будет достигать необходимого минимума. Как следствие, у таких пациентов процессы саногенеза будут протекать не столь активно, так как энтропия не будет стремиться к нарастанию. Таким образом, в соответствии со вторым началом термодинамики, любой биологический организм неизбежно сочетает в себе, как провоспалительные, так и противовоспалительные механизмы, определяющие структуру саногенеза. У датского философа С.Киркегора, например, страдание – неизбежное и должное сущее. Только смирившись перед страданием, возлюбив его, подчёркивал философ, мы сможем достичь такого уровня бытия, которое вознесёт нас над всяким счастьем и несчастьем. Человек, утверждал философ, должен думать о том, что как бы тяжела ни была действительность, «она всё-таки гораздо легче, чем

Репозиторий ГрГМУ

возможность» [1, с. 235].

Учёт различных действующих на систему параметров, в том числе случайных и вероятностных, демонстрируют сегодня многие отрасли медицинского знания. Как видим, возникающий хаос компенсируется процессом самоорганизации, упорядочивающим биологическую систему. Следовательно, организм человека можно рассматривать с позиции синергетического метода, что убедительно подтверждает его универсальность, действенность и возможность применения не только в области физико-математических и гуманитарных, но и биологических наук, в том числе и в медицине.

Литература

1. Киркегор, С. Наслаждение и долг. – Киев, 1994.

ДИСЦИПЛИНА «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ»: ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

Ляликов С.А., Бедин П.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Проблема профилактики и лечения аллергических заболеваний (АЗ) в настоящее время приобретает всё большую остроту, так как наблюдается стабильный рост заболеваемости. Так по оценкам World Allergy Organization (WAO) АЗ страдает до 40% населения земного шара. Пищевая аллергия на Земле диагностирована почти у 500 миллионов человек, а бронхиальная астма (по данным ВОЗ) – у 235 миллионов [1]. Количество людей, страдающих бронхиальной астмой (БА), в странах Западной Европы удваивается каждые 10 лет и к 2025 году, по прогнозам GINA, составит около 400 миллионов человек [2]. Затраты на лечение и профилактику АЗ в настоящее время составляют миллиарды долларов, но их результаты оставляют желать лучшего [4]. Разработка новых эффективных методов патогенетически обоснованной терапии не возможна без знания принципов функционирование иммунной системы (ИС), ведь аллергические болезни представляют собой лишь частный случай патологии ИС.

Репозиторий ГрГМУ

По результатам программы ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) – одного из самых массовых эпидемиологических исследований, которым было охвачено более миллиона человек из 156 населенных пунктов 56 стран мира симптомы (БА) выявлялись в разных странах с частотой от 4,3% (Китай) до 35,1% (Нормандские острова). Беларусь не принимала участие в исследовании, но у наших ближайших соседей доля детей с такой симптоматикой составила: в России – 9,9%, Украине – 12,9%, Польше – 7,8%. Частота проявлений аллергического ринита (АР) колебалась от 4,0% в Албании до 34,5% в Парагвае (в России – 7,8%, Украине – 11,2%, Польше – 8,8%). Признаки атопического дерматита (АтД) определялись наиболее редко на Тайване (1,4%), наиболее часто – в Эфиопии (19,9%), в России – у 4,9%, в Украине – у 5,3%, в Польше – у 5,0%. По данным официальной статистики показатели заболеваемости детей данной патологией по Гродненской области на протяжении последних четырех лет практически не меняются. Они составляют по БА и АтД – около 0,6%, по АР около 0,25%. Для взрослых эти показатели еще ниже и составляют по АР и АтД 0,03–0,05%, по БА – 0,4–0,5%. Республиканские данные мало отличаются от областных. Эти цифры вероятнее всего свидетельствуют о низком уровне диагностики указанных заболеваний, недостастаточном знании медицинскими работниками проявлений аллергических заболеваний, низкой доступности специализированной помощи.

По оценкам Европейского бюро первичных иммунодефицитов (ПИД) в Республике Беларусь проживает до 40 тысяч лиц, страдающих этими заболеваниями, однако в национальном регистре ПИД РБ на учете состоит всего несколько сот пациентов. Выявлением ПИД должен заниматься врач любой специальности на всех уровнях оказания помощи, но прежде всего – врач первичного контакта, а для этого требуется, чтобы он был достаточно квалифицирован.

В процессе обучения в медицинском ВУЗе вопросы иммунологии в той или иной мере затрагиваются в процессе обучения на кафедрах микробиологии, гистологии, медицинской биологии и патологической физиологии. Однако, как показывает опыт, студентам весьма затруднительно применить полученные

Репозиторий ГрГМУ

на младших курсах знания к клиническим ситуациям. Это диктует необходимость излагать основы строения функционирования ИС в рамках курса «клиническая иммунология и аллергология». На изучение этих вопросов выделено программой 10 часов практических занятий, т.е. 2 учебных дня. Столько же часов предусмотрено на изучение АЗ. Рекомендуемая программой учебная литература имеет солидный объём, что является полностью оправданным [0, 9]. В упомянутых учебниках практически не затрагиваются вопросы АЗ, т.е. «аллергологический» компонент программы изучается по другим источникам [6]. Таким образом, для полного усвоения программного материала необходима проработка около 1000 страниц научного текста в течении 6 учебных дней, что представляется невозможным, в связи с трудностью восприятия материала. Итогом является низкое качество знаний так необходимых на современном этапе развития медицины врачу любой специальности.

Цель: сравнить время, выделяемое на изучение аллергологии и иммунологии в РБ и других странах.

Результаты и обсуждение. Национальный медицинский университет (Украина, Киев) выделил на изучение дисциплины 10 лекционных часов и 50 часов практических занятий [8]. В Новосибирском государственном медицинском университете только на курс клинической иммунологии отведено 14 лекционных часов и 53 часа практических занятий. По клинической аллергологии можно пройти дополнительный элективный курс, на который отводится ещё 27 часов (из них 5 – лекционных). Варшавский медицинский университет предусмотрел 25 часов [3]. Ещё 15 часов выделено на элективный курс [5]. К тому же темы, изучаемые в рамках нашего курса (иммунология трансплантации, инфекционных и аутоиммунных заболеваний) изучаются в Варшавском университете соответственно в рамках соответствующих предметов. То есть в рамках цикла «клиническая иммунология» изучаются лишь собственно заболевания иммунной системы, на что в нашем ВУЗе предусмотрено лишь 15 часов.

До 2012-2013 учебного года в нашем ВУЗе на курс клинической иммунологии и аллергологии отводилось 49 часов

Репозиторий ГрГМУ

практических занятий и 6 лекционных часов. С нынешнего учебного года – лишь 30 часов на практические занятия и 10 – на лекции.

Выводы. Количество аудиторных часов, выделенных на изучение дисциплины «клиническая иммунология и аллергология» в РБ значительно меньше, чем в сравниваемых странах и явно недостаточно для усвоения азов дисциплины.

Литература

1. Asthma // WHO [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://www.who.int/respiratory/asthma/en/#. – Дата доступа : – 04.04.2013.

2. Global Burden of Asthma – Summary // GINA [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://www.ginasthma.org/documents/9. – Дата доступа : – 04.04.2013.

3. Ramowy program zajęć dla IV roku // [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://2wl.wum.edu.pl/sites/2wl.wum.edu.pl/files/ramowy_program_zajec_iv_rok_0.doc. – Дата доступа : – 04.04.2013.

4. WAO White Book of Allergy // WAO [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://www.worldallergy.org/UserFiles/file/WAO-White-Book-on-Allergy.pdf. – Дата доступа : – 04.04.2013.

5. Zajęcia fakultatywne dla studentów III,IV,V i VI roku // [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://1wl.wum.edu.pl/dziekanat-1wl/zajecia-fakultatywne/. – Дата доступа : – 04.04.2013.

6. Ляликов, С.А. Клиническая аллергология: Учебно-методическое пособие / С.А. Ляликов, Л.Л. Гаврилик – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 200 с.

7. Расписание // Новосибирский государственный медицинский университет [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://www.ngmu.ru/raspisanie/. – Дата доступа : 04.04.2013.

8. Робочий навчальний план медичних факультетів за спеціальностями «лікувальна справа», «педіатрія», «медико-профілактична справа» // [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа : http://www.nmu.edu.ua/f18.php – Дата доступа : – 12.01.2013.

9. Цинкернагель, Н. Основы иммунологии / Н. Цинкернагель. – Издательство «Мир», 2008. – 928 с.

10. Ярилин, А.А. Иммунология: Учебник / А.А. Ярилин. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 749 с.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫСЯТ РОЖДЕННЫХ ОТ КРЫС ПОЛУЧАВШИХ АЦЕТАТ СВИНЦА

Лях И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Даже малое поступление свинца на разных сроках беременности может приводить к серьезным нарушениям

Репозиторий ГрГМУ

нервного развития в постнатальном периоде жизни [4]. При этом в первые дни после рождения нервная система не менее чувствительна, чем в пренатальный период и реагирует на введение свинца изменением уровней метаболитов биогенных аминов [2], а также изменением числа дофаминовых нейронов, которое не зависело от продолжительности воздействия и дозы вводимого свинца [5]. В головном мозге потомства самок крыс получавших ацетат свинца с питьевой водой во время беременности наблюдалось уменьшение содержания белка и снижение уровней биогенных аминов [1].

Особенностью токсического воздействия свинца в ранний период онтогенеза является его способность поступать в организм ребенка с грудным молоком, вызывая торможение роста и признаки энцефалопатии, в основе которой могло лежать изменение уровней серотонина, норадреналина, дофамина и ГАМК [3]. В молоке лактирующих самок, при употреблении ими рациона, содержащего 5% ацетата свинца, содержится до 25 мг/л этого тяжелого металла. Даже при переходе крысят на самостоятельное питание, у них сохраняется отставание в росте. На протяжении 4-х недель у них наблюдается гиперактивность, тремор и стереотипное поведение. При этом в мозге на 15-20% возрастает концентрация дофамина, что может обуславливать все вышеперечисленные эффекты [3].

Целью исследования стало определение динамики изменения уровней нейротрансмиттеров в головном мозге крысят, рожденных от крыс подвергшихся воздействию свинца до и на ранних сроках беременности.

Материалы и методы. В эксперименте использованы крысы-самки массой 250-300 г. Первая группа животных получала раствор ацетата свинца (1,5 мг/л по иону свинца) в качестве единственного источника жидкости для питья на протяжении 20 сут до беременности и на 1-10 сут беременности вторая группа ацетат свинца на протяжении 20 сут до беременности и на 1-10 сут и раствор тауцинка (1 г/л) на 11-20 сут беременности. У животных обеих групп было отобрано потомство и декапитировано на 7 и 14 день после рождения. Головной мозг крысят препарировали и забирали левое полушарие, в котором методом ВЭЖХ определяли уровни

Репозиторий ГрГМУ

свободных аминокислот и биогенных аминов.

Результаты и их обсуждение. Свинцовая интоксикация беременных крыс приводила к изменениям уровней большинства из исследуемых показателей в головном мозге *семидневных крысят:* более чем в два раза возрастало суммарное содержание возбуждающих нейроактивных аминокислот аспартата и глутамата, а также уровни метаболически связанных с ними аспарагина и глутамина. В то же время уровень аминокислот, определяющих тормозную нейромедиацию (ТАК/ВАК) снижался, хотя концентрация ГАМК несколько увеличивалось, содержание глицина заметно понижалось. Следует отметить, что на данном этапе онтогенеза основную функцию тормозного нейромедиатора в клетках мозга выполняет глицин [6].

Поступление свинца во время беременности в организм самок изменяло показатели, характеризующие метаболизм биогенных аминов в головном мозге крысят. Выявлено повышение по сравнению с контрольной группой уровня тирозина, а также соотношений дофамин/диоксифенилуксусная кислота и дофамин/гомованилиновая кислота. Одновременно, если оборот катехоламинов замедлялся, то метаболизм триптофана напротив, активировался: увеличивались концентрации как серотонина, так и 5-гидроксииндолуксусной кислоты.

На 14 сутки в ткани мозга крысят наблюдали увеличение концентраций тирозина, дофамина и дигидроксифенилуксусной кислоты, а также снижение уровня триптофана и 5-гидрокситриптофана по сравнению с аналогичной по возрасту контрольной группой. В мозге крысят сохранялись изменения концентраций нейротрансмиттерных аминокислот, аналогично наблюдаемым у 7-ми суточных животных. Одновременно следует отметить и снижение суммарного содержания тормозных нейромедиаторных аминокислот (ГАМК+глицин). Эти изменения явились причиной снижения соотношения ТАК/ВАК, что может указывать на преобладании процессов возбуждения в головном мозге потомства крыс, получавших свинец во время беременности.

Выводы. При введении ацетата свинца беременным самкам, в головном мозге крысят на 7 сутки наблюдаются изменения

Репозиторий ГрГМУ

нейрохимических показателей, которые характеризуются повышением концентрации катехоламинов, а также компонентов серотонинэргической системы. На 14 сутки уровень катехоламинов оставался повышенным, однако, содержание индоламинов снижалось. В то время как в головном мозге самок наблюдали преобладание тормозных нейромедиаторов, у их потомства как на 7-е, так и на 14-е сутки жизни регистрируется рост уровней ВАК.

Литература

1. Neurotoxic effects of gestational administration of low-dose lead acetate / M.T. Antonio [et al.] // Appl. Toxicol. – 1996. – Vol. 16, № 5. – P. 431-6.

2. Luthman, J. Alterations in central monoamine systems after postnatal lead acetate treatment in rats / J. Luthman // Environ Res. – 1994. – Vol. 65, № 1. – P. 100-18.

3. Michaelson, I.A. Animal models of human disease: severe and mild lead encephalopathy in the neonatal rat / I.A. Michaelson; M.W. Sauerhoff // Environmental Health Perspectives. – 1974. – Vol. 7. – P. 201-25.

4. Antioxidant defense in rat brain regions after developmental lead exposure / E.G. Moreira [et al.] // Toxicol. – 2001. – № 169. – P. 145-51.

5. Postnatal inorganic lead exposure decreases the number of spontaneously active midbrain dopamine neurons in the rat / M. Tavakoli-Nezhad [et al.] // Neurotoxicol. – 2001. – Vol. 22, № 2. – P. 259-69.

6. Glycine site of the excitatory amino acid N-methyl-D-aspartate receptor in neonatal and adult brain / S. W. D'Souza [et al.] //Arch. Dis. Child. – 1993 Vol. – 69, № 2. – P. 212-5.

СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС НА 1, 3, 10 СУТКИ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ АЦЕТАТА СВИНЦА

Лях И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Воздействие свинца продолжает оставаться главной проблемой общественного здоровья, особенно в урбанизированных центрах в развитых странах и часто в странах третьего мира [1]. Функциональные нарушения со стороны ЦНС, которая является основной мишенью воздействия свинца, обычно представлены астеническим синдромом и вегетативными дисфункциями. При тяжелых отравлениях развивается свинцовая энцефалопатия и дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы. Очевидно, что в основе этого эффекта лежит разрушение мембран нейронов и их апоптоз, а также изменения

Репозиторий ГрГМУ

на уровне синтеза и распада нейромедиаторов. Между тем, молекулярные механизмы этого эффекта изучены недостаточно [2].

Цель работы - изучить воздействие разового введения свинца крысам на нейрохимические показатели нейронов в отделах головного мозга.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 30 самок белых крыс (m=180-220 г). Опытным группам животных однократно внутрижелудочно вводили ацетат свинца (150 мг/кг). Животные первой группы (n=8) были декапитированы через одни сутки, второй (n=8) – через трое (n=7) и третей (n=7) – через 10 суток после введения свинца. Контрольная группа животных получала воду. Головной мозг извлекали и выделяли кору больших полушарий, гипоталамус, стриатум и средний мозг для определения уровней аминокислот методом ВЭЖХ. При выполнении работы соблюдались правила проведения работ с использованием экспериментальных животных.

Результаты и их обсуждение. В стриатуме через 1 сутки после разового введения ацетата свинца крыс повышались уровни α-аминомасляной кислоты и этаноламина. Однако, на 3 сутки рост уровня α-аминомасляной кислоты сменялся снижением, кроме того, снижался уровень фенилаланина, а вместе с ним суммарного содержания ароматических аминокислот и соотношения фенилаланин/тирозин, что может указывать на активацию процессов гидроксилирования этой структуре мозга. Снижались уровни пролина, α-аминоадипиновой кислоты и изолейцина но, из-за заметного снижения уровня ароматических аминокислот, индекс АРУЦ/ААК повышался. На 10 сутки интоксикации в стриатуме оставались сниженными уровни пролина, α-аминоадипиновой кислоты, α-аминомасляной кислоты и содержание ароматических аминокислот, кроме того, наблюдалось снижение уровней аспартата, триптофана и гидроксипролина. При этом уровень фенилаланина восстанавливался, что вместе со сниженным уровнем тирозина, приводило к росту индекса фенилаланин/тирозин. Также на 10 сутки происходило повышение уровня этаноламина, метилгистидина, аргинина и цитруллина.

Репозиторий ГрГМУ

В среднем мозге животных на 1 сутки интоксикации происходило снижение уровней гистидина, цитруллина и валина, которые нормализовались на 3 и 10 сутки, содержание α-аминомасляной кислоты, которое возрастало на 1 сутки, на 3 и 10 день снижалось, кроме того, на этих сроках снижался уровень β-аланина и возрастал уровень цистатионина. Содержание метилгистидина достоверно снижалось только на 3 сутки. На 10 сутки кроме вышеописанных изменений происходило снижение уровней тирозина, метионина, триптофана, гидроксипролина и рост индекса фенилаланин/тирозин.

В гипоталамусе животных через сутки после введения свинца происходило увеличение содержания лизина, которое оставалось повышенным на 3 и 10 сутки, повышенный уровень α-аминомасляной кислоты и пониженный индекс АРУЦ/ААК нормализовались на 3 и 10 сутки. На 3 сутки кроме повышения уровня лизина наблюдался рост суммарного содержания незаменимых аминокислот, сохранявшийся и на 10 сутки, при этом процентный вклад АРУЦ в группу незаменимых аминокислот снижался. На 10 сутки после введения ацетата свинца происходил рост содержания аспартата, треонина, аргинина, β-аланина, уровня протеиногенных аминокислот и индекса фенилаланин/тирозин.

Самые заметные изменения происходили в коре больших полушарий и, как и в других отделах мозга, наблюдались на 10 сутки. На 1 сутки происходил рост уровня гистидина, α-аминомасляной кислоты и снижение содержания цитруллина, цистатионина и гидроксипролина. На 3 сутки уровень гистидина оставался повышенным, однако рост а-аминомасляной кислоты сменялся ее снижением, кроме того, наблюдалось снижение уровней β-аминомасляной кислоты и 1-метилгистидина. На 10 сутки после введения ацетата свинца происходил рост уровней аспарагина, серина, гистидина, треонина, аргинина, аланина, лейцина, изолейцина, фенилаланина, α-аминоадипиновой кислоты, 1-метилгистидина. В результате этих изменений происходил рост содержания незаменимых аминокислот, АРУЦ и индекса фенилаланин/тирозин, а отношение заменимые/незаменимые и глутамат/глутамин снижались.

Выводы. Таким образом, при однократном введении ацетата

Репозиторий ГрГМУ

свинца в дозе 150 мг/кг изменения уровней свободных нейроактивных аминокислот и показателей, характеризующих их метаболизм, носили времязависимый характер во всех отделах мозга и были максимальными на 10 сутки после введения токсиканта. При этом ответ со стороны аминокислотного фонда отличался для каждой из структур: снижение уровней аминокислот в среднем мозге и стриатуме и увеличение в гипоталамусе и коре больших полушарий. Наиболее чувствительными структурами мозга к воздействию свинца оказались кора больших полушарий и стриатум. Во всех отделах мозга наблюдался заметный рост уровня метаболита белков - α-аминомасляной кислоты, который может служить маркером острой интоксикации свинцом. Такую же функцию может выполнять показатель фенилаланин/тирозин, который возрастал на 10 сутки во всех исследуемых отделах мозга.

Литература

1. Environmental lead exposure: a public health problem of global dimensions / S. Tong [et al.] // Bull. World Health Organ. – 2000. – Vol. 78. – P. 1068-77.

2. Selection of Nutrients for Prevention or Amelioration of Lead-Induced Learning and Memory Impairment in Rats / G. Fan [et al.] // Ann. Occup. Hyg. – 2009. – Vol. 53, № 4. – P. 341-51.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ляхнович Н.А., Гутикова Л.В., Зверко В.Л., Никонова Л.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Известно, что беременность с ранних сроков сопровождается повышенной потребностью в гормонах щитовидной железы (ЩЖ). Это обусловлено, с одной стороны, высоким уровнем обменных процессов в период гестации, с другой – трансплацентарным транспортом тиреоидных гормонов от матери к плоду, которые необходимы для эмбриогенеза и, в первую очередь, для формирования и созревания центральной нервной системы будущего ребенка [1; 2].

Цель исследования. Определить функциональное состояние ЩЖ при беременности.

Методы исследования. Проведено обследование и лечение

Репозиторий ГрГМУ

60 беременных женщин с патологией ЩЖ. Пациентки были разделены на 2 группы. 1 группу составили 30 человек, получавших общепринятую схему лечения тиреоидной патологии. 2 группу определили 30 человек, которым была подобрана индивидуальная терапия в зависимости от результатов обследования. Средний возраст обследованных женщин составил 27,1±2,07 лет.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза установлено, что 26,3% пациенток 1 группы и 20% пациенток 2 группы имели наследственный характер эндокринной патологии.

В ходе гормонального исследования выявлено, что у пациенток преобладали явления эутиреоза (в 1 группе у 67%, во 2 группе у 70% женщин). Данные беременные особых жалоб не имели. Вместе с тем, 26,3% обследованных 1 группы и 23,3% обследованных 2 группы предъявляли жалобы на зябкость, прибавку массы тела, не связанную с беременностью, сонливость, ухудшение внимания, снижение концентрации памяти, депрессию, выпадение волос, ломкость ногтей, брадикардию, гипотензию, частые упорные запоры. Все это соответствовало клиническим признакам гипотиреоза, и было подтверждено лабораторным способом (концентрация ТТГ 4,6±0,83 мкМЕ/мл). По 6,7% женщин в каждой группе при опросе предъявляли жалобы несколько иного характера: постоянная потливость, сильное похудание (при постоянном пищевом рационе), появление храпа во сне, снижение слуха, тахикардия в сочетании с гипертензией. В результате иммуноферментного анализа при исследовании уровня ТТГ у этих пациенток выявлена сниженная его концентрация или низконормальные значения (0,4±0,16 мкМЕ/мл), что свидетельствует о наличии у данной категории беременных гипертиреоза ($p<0,05$).

Известно, что гормональный статус ЩЖ и гипоталамо-гипофизарной системы обусловливает изменение размеров и структуры ЩЖ. Так, в результате проведения УЗИ ЩЖ беременных в сроке 12-14 недель обнаружены признаки зоба у 80% и 77% женщин соответственно в 1 и 2 группах, в то время как у остальных обследованных обнаружены УЗ-признаки нормы ЩЖ, причем следует отметить, что размеры железы находились на верхней границе нормы (16,5-18 см³).

Репозиторий ГрГМУ

После полного клинико-лабораторного обследования и постановки корректного диагноза проводилось соответствующее лечение. Пациентки 1 группы получали общепринятое лечение патологии ЩЖ: при наличии эутиреоза с профилактической целью калия йодид в дозе 200 мкг/сутки; при гипотиреозе – левотироксин в дозе 2,3 мкг/кг массы тела; при гипертиреозе – тирозол в дозе 20 мг/сутки.

Пациенткам 2 группы разработана индивидуальная схема лечения тиреоидной патологии. *Профилактическая превентивная терапия* включала питание, направленное на повышение потребления йода и селена, калия йодид 200 мкг в сутки, селен 400 мкг в сутки. Данный вид лечения назначался при отсутствии клинических признаков нарушения функции ЩЖ. *Заместительная гормональная терапия* включала левотироксин в дозе 2,3 мкг/кг массы тела (со снижением дозы до 1,6-1,8 мкг/кг в послеродовом периоде), калия йодид 300 мкг в сутки, селен 400 мкг в сутки, а также питание, направленное на повышение потребления йода и селена, и проводилась при наличии клинических признаков гипотиреоза. *Патогенетическая терапия* включала прием тирозола в дозе 20 мг, разделенной на 2 приема, калия йодида 200 мкг в сутки, селена 400 мкг в сутки и назначалась при наличии клинических признаков гипертиреоза.

Для оценки эффективности проводимой терапии проводили контроль функции ЩЖ и состояния плода в сроке 24-26 и 35-37 недель беременности. Обнаружено, что в 1 группе наблюдалась незначительная положительная динамика. Только у 25% женщин с гипотиреозом нормализовалась функция ЩЖ. Во 2 группе в результате подобранной нами индивидуальной патогенетической терапии нормализация функции ЩЖ наблюдалась у 86% пациенток с гипотиреозом и у 100% женщин с гипертиреозом.

Проведено исследование внутриутробного состояния плода обследуемых пациенток. Согласно результатам первичного скрининга у 1 пациентки из 1 группы были обнаружены пороки развития, являющиеся поводом для прерывания беременности по медико-генетическим показаниям. Это подтверждает общеизвестный факт, что тиреоидные гормоны принимают участие в формировании нервной трубки и закладке всех органов и систем на этапе внутриутробного развития, и при наличии

Репозиторий ГрГМУ

патологии ЩЖ, некомпенсированной медикаментозно, у плода могут формироваться пороки развития, не совместимые с жизнью. В результате последующих исследований гипотрофия плода выявлена у 10%, нарушение маточно-плацентарного кровообращения у 17%, нарушение созревания плаценты у 13% женщин 1 группы, в то время, как во 2 группе эти показатели были достоверно ниже (0; 3,3; 3,3%) ($p<0,05$).

Выводы. Включение калия йодида и селена в схему лечения тиреоидной патологии во время беременности патогенетически обусловлено. Данная терапия оказывает существенное положительное влияние как на состояние матери, так и на формирование и развитие плода.

Литература

1. Течение перинатального периода и тиреоидный статус детей, рожденных от матерей с диффузным эндемическим зобом / Л.Н. Самсонова [и др.] // Гинекология. - 2004. - Т. 6. - № 1. - С. 32-34.

2. Трошина, Е.А. Гипотиреоз и беременность: общие принципы диагностики и лечения / Е.А. Трошина // Гинекология. - 2006. - Т. 8. - № 2. - С. 43-47.

Репозиторий ГрГМУ

СОДЕРЖАНИЕ

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕМОФИЛИЕЙ
Авдей Г.М., Чайковская О.П., Василевская Н.Ф. 3

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СЕНСОРНАЯ, АФФЕКТИВНАЯ И КОГНИТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩИЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ
Авдей Г.М., Чайковская О.П., Василевская Н.Ф. 5

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
Авдей Г.М., Кулеш С.Д., Оганесян А.А., Лебейко А.И., Авдей С.А. 8

ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА В БЕЛАРУСИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ
Азарова И.А., Капитулец С.П., Мишаева Н.П. 11

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭВАКУАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Александрович А.С., Новицкая В.С., Наумов И.А. 14

ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ КЛЕТОЧНО-СОСУДИСТОГО СООТНОШЕНИЯ СТРОМЫ МЕЛАНОМЫ КОЖИ С МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ ОПУХОЛИ
Алексинский В.С., Басинский В.А. 17

ЦИФРОВАЯ МОРФОМЕТРИЯ ПЛАЦЕНТЫ В МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Алексинский В.С., Пальцева А.И., Пономаренко С.М. 19

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ
Алещик И.Ч., Хоров О.Г., Марцуль Д.Н., Лопухова А.П., Леменовская П.А. 21

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ УШНОГО ШУМА У ДЕТЕЙ
Алещик И.Ч., Зосик Ю.В., Кринец О.О., Костюкович С.В. 24

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОВОГО ДНА ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ ПРОЛАПСЕ
Амбрушкевич Л.П., Кажина М.В., Гутикова Л.В., Биркос В.А., Кузнецов Р.В., Комар В.О. 28

АНАЛИЗ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ МОРФИНА, ВВЕДЕННОГО ИНТРАТЕКАЛЬНО В КАЧЕСТВЕ АДЪЮВАНТА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
Анацко С.В., Хмара В.В., Тарасов В.Ю., Гарбуз И.А., Муреня А.И. 31

Репозиторий ГрГМУ

ХАРАКТЕРИСТИКА И СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
Андреевский А.С., Шишко В.И., Лазута С.Ф., Бородулина Л.П., Снитко В.Н., Дедуль В.И., Максимов А.И., Мельникова О.И. 34

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Андруконис В.Г., Хворик Н.В., Гутикова Л.В. 35

ОЦЕНКА ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
Аскаров Т.А., Сулейманов С.Ф., Курбат М.Н. 37

СТАТИСТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАПАЗОНОВ ВЫРАЖЕННОСТИ СВОЙСТВА В ШКАЛЕ РАША
Ассанович М.А. 40

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА В КРОВИ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ И С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
Байгот С.И., Гук Г.В. 43

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОДЕРЖАНИЯ ИММУНОРЕАКТИВНОГО ИНСУЛИНА В КРОВИ
Байгот С.И. 45

ХРОНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
Балбатун О.А. 48

РАБОТА НАД НОВОЙ ЛЕКСИКОЙ НА ЗАНЯТИЯХ РУССКОГО ЯЗЫКА КАК ИНОСТРАННОГО
Барановская А.В. 52

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ
Батаев С.А., Жандаров К.Н., Мицкевич В.А. 54

ЭССЕНЦИАЛЬНЫЕ МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА
Батуревич Л.В. 57

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ДЕТЕЙ БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ОБЛАСТНОГО КОЖВЕНДИСПАНСЕРА
Бедин П.Г., Ровбуть Т.И., Пшебылинская Т.А., Кужко С.Н., Дудик А.А. 60

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ
Белоус П.В., Богданович И.И. 62

АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА
Белюк К.С., Жандаров К.Н., Русин И.В., Кулага А.В., Вихарев А.А. 65

Репозиторий ГрГМУ

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ
Бердовская А.Н., Леошко К.В., Алексеюк М.В., Вишнеревская О.Л. 68

СПЕКТР МУТАЦИЙ В ГЕНЕ GJB2 У БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ТУГОУХОСТЬЮ. РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НАРУШЕНИЯ СЛУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Близнец Е.А., Марцуль Д.Н., Хоров О.Г., Маркова Т.Г., Поляков А.В. 70

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ
Богуцкий М.И., Гирис Е.В. 72

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИКОРАНДИЛА ПРИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА
Болтач А.В., Горовенко И.И., Лис М.А., Добродей М.А. 75

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К ШКОЛЕ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПРЕДИКТОРОВ РИСКА
Борисова Т.С., Болдина Н.А., Лабодаева Ж.П., Солтан М.М., Шавель И.М. 77

ВЛИЯНИЕ L-АРГИНИНА, L-ГЛУТАМИНА И СУКЦИНАТА НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ПЕРЕКИСНЫХ ПРОЦЕССОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Бородинский А.Н., Разводовский Ю.Е., Максимович Н.Е. 80

ОСОБЕННОСТИ Я-ИДЕНТИЧНОСТИ У ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ
Бузук С.А. 82

З ГІСТОРЫІ РАЗВІЦЦЯ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ ТЭРМІНАЛОГІІ
Варанец В.І. 85

ТЫПОВЫЯ ПАМЫЛКІ ПРЫ НАПІСАННІ АЎТАРЭФЕРАТАЎ НА БЕЛАРУСКАЙ МОВЕ
Варанец В.І. 87

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ОБЪЕКТ ИЗУЧЕНИЯ. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ
Васильев В.С. 90

ОБЩЕКЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ИЗ ДОМА РЕБЕНКА, ЛЕЧИВШИХСЯ В ИНФЕКЦИОННОМ СТАЦИОНАРЕ
Васильев В.С., Шейко М.И., Илькевич С.М. 93

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФРАПОПЛИТАРНЫХ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ АРТЕРИЙ
Васильчук Л.Ф., Василевский В.П., Кардис А.И., Цилиндзь А.Т., Горячев П.А., Черний В.А., Труханов А.В., Полудень Д.И., Талерчик О.Г. 95

Репозиторий ГрГМУ

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНТРАТЕСТИКУЛЯРНОГО КРОВОТОКА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПО БАССИНИ
Визгалов С.А., Сугоняко Ю.В., Страпко В.П. 98

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПОЛИМЕРНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ, НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ
Визгалов С.А., Лис Р.Е., Поплавская Е.А., Страпко В.П. 101

ВЛИЯНИЕ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ОБМЕН γ-АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ПЕЧЕНИ
Виницкая А.Г., Черникевич Е.Ч. 103

ОЦЕНКА ИНТЕРВАЛА Q-T У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ
Виноградова Т.А., Виноградов С.В., Волков В.Н., Варнакова Г.М. 106

ФАКТОРЫ РИСКА АСПИРАЦИОННОГО СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ
Войтукевич Н.М., Ганчар Е.П., Лазаревич С.Н., Семенцова С.В., Геращенко Н.В. 109

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ
Волков В.Н., Лопухова А.П. 112

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ
Волкова М.П. 115

ОСОБЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО РЕАКТИВНОГО ГЕПАТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ
Волкова М.П. 117

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВОГО ПРЕПАРАТА СИНГЛОН У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
Волкова О.А. 120

МИКРОБНЫЕ АССОЦИАЦИИ И ХАРАКТЕР ИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ОРОФАРИНГИАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ
Волосач О.С., Черняк Л.К., Кузьмич И.А. 123

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У КУРЯЩИХ ПАЦИЕНТОК
Воробьева Т.И., Лазаревич С.Н., Кухарчик Ю.В., Сурова Н.А., Смирнова Е.В. 126

ТРОМБОФИЛИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА. ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА
Воробьёва Т.И., Кажина М.В., Бут-Гусаим Л.С., Лазаревич С.Н., Кочеткова Д.А., Ларченко Е.А. 129

Репозиторий ГрГМУ

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МЛАДЕНЦЕВ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ
Врублевская Е.Л., Парамонова Н.С., Синица Л.Н. 131

СОЧЕТАННАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА ПРИ КАТАТРАВМЕ
Гаврилик Б.Л., Радковец И.В. 134

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА
Гаврилик Б.Л. 137

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
Гаврилик Б.Л. 139

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ
Гаджиева Ф.Г., Сенько В.И. 142

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Ганчар Е.П., Кажина М.В. 144

СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ
Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Карпович А.И., Пакульневич Ю.Ф., Ковшик Л.П., Живушко Д.Р., Хильмончик И.В., Баковец Л.С. 147

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Суров А.Н., Могилевец Э.В., Жибер В.М., Шевчук Д.А. 150

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ
Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алексо Е.Н., Чалая Е.В., Демидик С.Н., Шейфер Ю.А., Шевчук Д.В., Авласенко В.С. 153

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ У КРЫСЯТ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ
Глуткин А.В., Ковальчук В.И., Гуляй И.Э. 157

УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ
Глуткина Н.В., Пырочкин В.М., Шулика В.Р. 160

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТИМПАНОАНТРАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА
Головач Е.Н., Хоров О.Г., Логис О.В., Бородавко П.Н. 162

Репозиторий ГрГМУ

ФАКУЛЬТАТИВ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ ЯЗЫКОВОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ НЕЯЗЫКОВЫХ ВУЗОВ
Головач Т.Н., Макаревич Е.Ф. 165

ПРЕДИКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДВУХ ПРОИЗВОДНЫХ ДЕКАГИДРОХИНОЛИНА, ОБЛАДАЮЩИХ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Гончарук В.В., Бубен А.Л., Вдовиченко В.П., Курбат М.Н., Снежицкий В.А. 168

ЧАСТОТА КРИСТАЛЛУРИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КАК РИСК РАЗВИТИЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ
Горбачевский П.Р. 171

ЭФФЕКТЫ ТАУЦИНКА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Горецкая М.В., Шейбак В.М., Павлюковец А.Ю., Смирнов В.Ю., Горецкий В.В., Чернухо А.И. 173

МОДУЛЯЦИЯ ТАУЦИНКОМ ФОНДА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В ТИМУСЕ И СЕЛЕЗЕНКЕ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Горецкая М.В., Шейбак В.М., Павлюковец А.Ю., Горецкий В.В., Смирнов В.Ю. 176

СРАВНЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В КРОВИ И ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Горшкова Д.А., Лелевич В.В., Гуляй И.Э. 179

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ДЕРТИЛОМ
Губарь В.В., Полудень В.Н., Апанович Ю.Н., Франтов В.Ю., Сыч А.П. 182

ВЛИЯНИЕ ЛАКТАТА КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА
Гурина Л.Н. 184

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ
Гутикова Л.В., Кеда Л.Н., Колесникова Т.А., Кузьмич И.И. 187

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИИ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ
Гущина Л.Н. 190

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРОСНИКА QIDS-SR-16 ДЛЯ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Демянова Л.В. 193

Репозиторий ГрГМУ

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005-2011 ГОДАХ
Дерман С.Э., Норик Д.П., Смирнова Т.А., Чушель С.Г. 196

МАРКЕРЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ФОКУС НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ
Дешко М.С., Жук Я.М., Панасюк О.В. 199

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
Дешко М.С., Снежицкий В.А., Побиванцева Н.Ф., Зуховицкая Е.В., Мадекина Г.А., Рубинский А.Ю., Снежицкая Е.А. 202

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Довнар И.С., Мармыш Г.Г., Дешук А.Н., Козак Е.И., Шевчук Д.А. 205

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ: ВЗГЛЯД ЭНДОКРИНОЛОГА
Дорошкевич И.П., Никонова Л.В., Тишковский С.В. 209

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА КРЫС, РОЖДЕННОГО В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ
Дудук Н.И. 211

К ВОПРОСУ О СОДЕРЖАНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ
Дудук С.Л., Кузмицкая Ю.Л., Кевляк-Домбровская Л.Э. 214

ГИГАНТСКАЯ МИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)
Егорова Т.Ю., Новицкая Т.В., Колесникова Т.А., Могильницкая О.Э., Пашенко Е.Н. 218

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПРОЖИВАНИЯ И ПОЛА НА ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ПОРАЖЁННОСТЬ 15-18-ЛЕТНИХ ПОДРОСТКОВ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)
Езепчик О.А., Сурмач М.Ю. 221

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЗИОЛОГИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ
Емельянчик Ю.М., Зинчук В.В., Балбатун О.А., Дорохина Л.В., Орехов С.Д. 224

ОСОБЕННОСТЬ ЗРЕНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ СОМАТОТИПОВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ДЕВУШЕК
Емельянчик Ю.М., Любарская С.И., Котловская И.О. 227

ВИРУСЫ СЕМЕЙСТВА HERPESVIRIDAE И PAPOVAVIRIDAE В СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧКАХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ
Ермак С.Ю., Ляликов С.А., Зубрицкий М.Г. 231

Репозиторий ГрГМУ

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА НА СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН
Есис Е.Л., Наумов И.А., Бут-Гусаим Л.С. 234

ФАКТОРЫ РИСКА РЕПРОДУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
Есис Е.Л., Кулеша З.В. 236

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Жандаров К.Н., Белюк К.С., Вихарев А.А., Спиридович О.А., Коцур Т.В., ... 238

ПЕРВИЧНЫЙ ШОВ ХОЛЕДОХОТОМИЧЕСКОГО ОТВЕРСТИЯ В СОЧЕТАНИИ С ПРОФИЛАКТИКОЙ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Белюк К.С., Вихарев А.А., Олехнович П.З., Кравец Е.С. 241

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Белюк К.С., Кухта А.В., Карпович В.Е. 243

ОСОБЕНОСТИ ПРЕМОРБИДНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА
Жемойтяк В.А. 245

НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
Жигар А.М. 248

ИНТЕРВАЛ QT И ЕГО ДИСПЕРСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
Жигальцов А.М., Косяк Ю.В., Протокович Е.В. 250

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИХИНЕЛЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ УЗ «ГОИКБ»
Жмакин Д.А., Соловьева Е.Ю., Данькина Ю.Э. 253

ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ОТВЕТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ
Заяц А.Н., Шишко В.И. 255

АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ
Земляной И.Г., Пальцева А.И., Авер Ж.К., Русина А.В. 259

МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ НА ПРОИЗВОДСТВАХ И ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ПРОФПАТОЛОГИИ
Зеньков Л.Н. 262

Репозиторий ГрГМУ

ВНУТРИЭРИТРОЦИТАРНАЯ СИСТЕМА РЕГУЛЯЦИИ СРОДСТВА ГЕМОГЛОБИНА К КИСЛОРОДУ
Зинчук В.В. 264

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ В МАГИСТРАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ
Зинчук В.В., Емельянчик Ю.М., Балбатун О.А., ... 267

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2012 гг.
Зуховицкая Е.В., Фиясь А.Т. 271

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ
Иванцов В.А., Лазаревич С.Н., Аносов В.С. 272

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ХРЯЩЕВОГО КОМПОНЕНТА ДИСТАЛЬНОГО ЭПИФИЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ
Иванцов А.В., Воробьева Д.О. 274

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ ОФИЦЕРОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАПАСА, К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ
Ивашин В.М., Прохоров И.И., Полуян И.А., Флюрик С.В. 277

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕТИНАЛАМИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ХОРИОРЕТИНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ СЕТЧАТКИ
Ильина С.Н., Кринец Ж.М., Солодовникова Н.Г., Лоско А.В., Жагунь И.А., Покумейко В.А. 280

ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ В г. ГРОДНО
Иодковский К.М., Бондарева О.И., Пыш В.В., Полякова А.И. 283

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ
Иодковский К.М. 285

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Иодковский К.М., Ковальчук В.И. 288

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОДВИЖУЩЕЙ СИЛЫ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ
Каликина И.К. 291

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АТОМНО-СИЛОВОЙ МИКРОСОПИИ ДЛЯ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ
Капитулец С.П., Жавнерко Г.К., Капитулец Н.Н., Парибок И.В., Ничипорук О.И., Полещук Н.Н., Докукина Т.В. 294

Репозиторий ГрГМУ

ПОВЕРХНОСТНЫЕ АНТИГЕНЫ LEPTOSPIRA INTERROGANS И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА
Капитулец С.П., Ничипорук О.И., Капитулец Н.Н., Фидаров Ф.М. 297

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ДОИ ПОСЛЕ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ РЕСПУБЛИКАНСКИХ ПРОТОКОЛОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Каравай А.В., Угляница К.Н., Лагун Ю.Я., Кеда В.В., Муринов А.В., Миклашевич Ф.С., Кожан Т.В., Гузаевский Ю.Н. 300

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЗЖЕЧКА 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ
Карнюшко О.А., Зиматкин С.М. 303

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ МАНОМЕТРИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПИЩЕВОДА
Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Панько С.В, Вакулич Д.С., Журбенко Г.А., Игнатюк А.Н. 306

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ
Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И., Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н. 309

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
Карчевский А.А., Русак Е.А. 312

МАТЕРИНСТВО В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ
Качук Н.В., Гарбуз С.А., Гутикова Л.В. 314

ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН И РОЖДЕННЫХ ИМИ ДЕТЕЙ
Кашевник Т.И. 317

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ЮНГИАНСКИЕ АРХЕТИПЫ
Каяло И.В. 320

КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРООПЕРИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН
Кириленко В.П., Касько Л.П. 323

ЛЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ
Кириленко В.П., Корниевич Н.М., Плескацевич Д.И. 326

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ БИОФЛАВОНОИДОВ В ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗАЩИТЕ ОТ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ
Климович В.В. 329

Репозиторий ГрГМУ

ЗНАЧЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
Климович И.И., Страпко В.П., Юркевич С.В., ДуньчикА.А. 332

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОГО АППАРАТА «ПУЛЬСАР»
Климович И.И., Страпко В.П., Клименко Н.Ф. 335

ОСЛОЖНЕННЫЕ ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
Климович И.И., Страпко В.П.,Фальковская О.В. 337

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2001-2012 гг.
Козел Л.Г., Гончаров В.В., Кроткова Е.Н. 340

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УЗ «ГОКПЦ»
Пальцева А.И., Козич А.А., Пономаренко С.М. 342

ПРИЧИНЫ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Колоцей В.Н., Страпко В.П., Лушко А.В. 346

ЭПИДЕМИЯ ЛИХОРАДКИ МАРБУРГ В АНГОЛЕ
Колоцей В.Н. 348

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКОГО СОСТАВА ПО УРОВНЮ ВЛАДЕНИЯ АНГЛИЙСКИМ ЯЗЫКОМ
Кондратьев Д.К. 351

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИРУЮЩЕГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКЕОГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА У ВЗРОСЛЫХ
Конецкий А.А., Аносов В.С., Лашковский В.В., Тодрик А.Т. 354

ВЛИЯНИЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЕ СОСТОЯНИЕ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ
Конюх Е.А. 356

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИЛЕГОЧНЫХ БРОНХОВ КРЫС ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОСТРОГО ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА
Коптев М.Н., Пронина Е.Н., Данильченко С.И., Билыч А.Н., Половик А.Ю. 359

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ
Королева Е.Г., Козел Л.В., Хлебопашникова О.И. 362

ИЗОБРЕТАТЕЛЬСКАЯ АКТИВНОСТЬ СОТРУДНИКОВ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Королёв П.М. 365

Репозиторий ГрГМУ

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ИСТОРИИ БЕЛАРУСИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В УО «ГрГМУ»
Королёнок Л.Г. 367

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМОЙ В г. ГРОДНО И ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
Кринец Ж.М., Ломаник И.Ф., Сарвас А.С., Тоболевич А.Ю. 370

ЛЕЧЕНИЕ СПАЗМА АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ
Кринец Ж.М., Ильина С.Н., Чернова И.И., Радушкевич И.Г., Леменовская П.А. 373

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНИТОРИНГА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ В УСЛОВИЯХ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА
Кроткова Е.Н., Кузьмич И.А., Жураковская Я.Ф. 376

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОПРОСНИКОВ ПО ОЦЕНКЕ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ ПЯТИФАКТРОНОЙ МОДЕЛИ
Крюк Н.В. 379

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ (К ВОПРОСУ О МЕТОДОЛОГИИ ИЗУЧЕНИЯ)
Кулагина М.Е., Буслович Ю.П., Сурмач М.Ю. 381

ОСОБЕННОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОК С НАСЛЕДСТВЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
Курстак И.А., Ляликов С.А., Шульга А.В., Кузнецов О.Е. 384

ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В I ТРИМЕСТРЕ
Кухарчик Ю.В., Гутикова Л.В. 387

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА
Лазарь Е.А. 390

СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
Лакотко Т.Г., Петрулевич Ю.Я., Корнелюк Д.Г. 393

МУКОВИСЦИДОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ
Лашковская Т.А., Шиш А.И. 395

МОДЕЛИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕСПОРОДНЫХ БЕЛЫХ КРЫС ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ЦИРРОЗА
Лебедева Е.И., Грушин В.Н., Якименко Л.Л, Лях А.Л., Мяделец О.Д. 398

Репозиторий ГрГМУ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИТОФЛАВИНА В ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
Лебейко Т.Я., Кирко П.В. 401

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРЕРЫВИСТОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Лелевич В.В., Лелевич С.В., Дорошенко Е.М. 403

ПАТОГЕНЕЗ АЛКОГОЛИЗМА – ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ И РЕАЛИИ
Лелевич В.В. 406

НАРКОПОТРЕБЛЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
Лелевич В.В., Виницкая А.Г., Черникевич Е.Ч. 409

РОЛЬ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ В ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ МОРФИНОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ
Лелевич С.В. 412

РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА
Лиопо Т.В. 415

АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА
Лис М.А., Болтач А.В., Отливанова О.В., Драгун Ю.В. 418

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ
Лис М.А., Курбат О.П., Добродей М.А. 419

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Луговская А.А. 422

СИНЕРГЕТИКА И МЕДИЦИНА: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ
Лукьянова Л.И., Бедин П.Г. 425

ДИСЦИПЛИНА «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ»: ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ
Ляликов С.А., Бедин П.Г. 428

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ НЕЙРОТРАНСМИТТЕРОВ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫСЯТ РОЖДЕННЫХ ОТ КРЫС ПОЛУЧАВШИХ АЦЕТАТ СВИНЦА
Лях И.В. 431

Репозиторий ГрГМУ

СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС НА 1, 3, 10 СУТКИ ПОСЛЕ ОДНОКРАТНОГО ВВЕДЕНИЯ АЦЕТАТА СВИНЦА
Лях И.В. 434

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ
Ляхнович Н.А., Гутикова Л.В., Зверко В.Л., Никонова Л.В. 437

Репозиторий ГрГМУ

Для заметок

Репозиторий ГрГМУ

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет»

3-4 октября 2013 г.

Часть I

Ответственный за выпуск: В.В. Зинчук

Компьютерная верстка: И.И. Прецкайло
Корректоры: Н.А. Мишонкова, А.В. Барановская

Подписано в печать 20.09.2013.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл. печ. л. ***26,50***. Уч.-изд. л. ***21,92***. Тираж ***120*** экз. Заказ ***197***.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.

Репозиторий ГрГМУ