

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Студенческое научное общество

Совет молодых ученых

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ И  
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ, ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ  
ПРОФЕССОРА В. Ч. БРЖЕСКОГО**

*10-11 апреля 2008 г.*

В двух частях

*Часть 1*

Гродно  
ГрГМУ  
2008

УДК 61(063)  
ББК 5  
Т29

Редакционная коллегия: ректор, проф. П.В. Гарелик;  
первый проректор, проф. И.Г. Жук;  
проректор по науке, доц. В.А. Снежицкий;  
проректор по учебной работе, доц. В.В. Воробьев;  
проф. Г.Г. Мармыш;  
проф. Е.М. Тищенко;  
доц. В.А. Карпюк;  
доц. А.Л. Гурин;  
научный руководитель СНО, проф. Е.С.Околокулак.

Рецензенты: зав. каф., проф. О.И. Дубровщик;  
зав. каф., проф. В.М. Цыркунов;  
зав. каф., проф. Е.С. Околокулак;  
зав. каф., проф. В.В. Зинчук;  
зав. каф., проф. О.Г. Хоров;  
зав. каф., проф. Е.И. Макшанова;  
зав. каф., доц. В.А. Басинский;  
зав. каф., доц. И.М. Бертель;  
зав. каф., доц. Г.И. Заборовский;  
зав. каф., доц. Н.С. Парамонова;  
зав. каф., доц. С.А. Ситкевич;  
зав. каф., доц. Т.Ю. Егорова;  
зав. каф., доц. С.Д. Кулеш;  
зав. каф., доц. В.М. Пырочкин;  
зав. каф., доц. А.А. Мельникова;  
зав. каф., доц. Д.К. Кондратьев.

**Тезисы докладов конференции студентов и молодых ученых,**  
Т29 посвященной памяти профессора В.Ч. Бржеского: в двух частях, / Ред. кол.  
П.В. Гарелик; И.Г. Жук; В.А. Снежицкий [и др.] – Гродно: ГрГМУ, 2008.  
Ч. 1 – 296 с.  
ISBN 978-985-496-376-1

Сборник содержит материалы конференции студентов и молодых ученых,  
посвященной памяти профессора В.Ч. Бржеского, г.Гродно 10-11 апреля 2008г.  
Представленные работы посвящены актуальным теоретическим и  
практическим аспектам медицины и могут быть полезны студентам, научным  
работникам и врачам всех специальностей.

УДК 61(063)  
ББК 5

ISBN 978-985-496-376-1

© УО «ГрГМУ», 2008

## ENDOGENOUS MORPHINE

*Khan Furqan Ali, Kurbat Mikhail*

*Grodno State Medical University, Belarus*

*Department of Biochemistry*

A morphine-like material in animal tissues was originally demonstrated by immunological recognition. Subsequently, endogenous morphine-like compounds have been identified in mouse and calf brain. The molecular structure of the HPLC purified compound was confirmed as morphine

by liquid and gas chromatographic retention times and mass spectrometry in various tissues such as bovine brain, rat and mouse brain, hypothalamus and adrenal glands, mammalian lung, invertebrate and human tissues, human cerebrospinal fluid and human plasma. Morphine precursors, reticuline, thebaine and codeine are some of the main intermediates of morphine biosynthesis in the poppy plant and have been found in mammals. The pathway for morphine biosynthesis has been established in the opium poppy and animal tissue. In this regard, radiolabeled reticuline was transformed into salutaridine by rat liver microsomes *in vitro* and a similar conversion has been observed *in vivo*. The conversion of salutaridine, thebaine and codeine into morphine has been demonstrated in several rat tissues, including the brain, providing evidence for the biosynthetic pathway of endogenous morphine in mammals. Incubation of human neural cancer cell lines with L-tyrosine leads to the formation of morphine as well. Addition of reticuline to intact invertebrate ganglia *in vivo* leads to the formation of morphine. *Ascaris suum*, a mammalian parasite produces morphine in mammalian hosts and *in vitro*, a phenomenon that may dull the host discomfort so that the parasite can escape host surveillance.

Morphine-like immunoreactivity has been demonstrated in cell bodies, fibers and terminals of neurons in different brain areas of the rat, mouse and man. The antisera revealed numerous nerve cell bodies with variable morphology, dendrites and nerve fibers throughout the cerebral cortex. In the caudate putamen numerous medium size immunoreactive perikarya were visible. Nerve cell body and fibers were stained in the hippocampal formation; dot-like immunoreactivity was visible around granule cells of dentate gyrus and dorsal hippocampus; immunoreactive nerve cell bodies were also revealed throughout the brainstem. In the cerebellum numerous granule cells in the granular layer and small neurons and fibers in the molecular layer are immunoreactive. In human brain tissue, morphine-like immunoreactivity was identified in cerebral and cerebellar cortex. Morphine positive terminals were observed in rat hippocampal formation sometimes forming synaptic contact with the soma of unlabeled cells. In different regions of the brainstem positive morphine-like nerve fibers apposed to  $\mu$  opiate receptor immunoreactive cell bodies were observed. These literature findings indicate that endogenous morphine might function as neuromodulator/neurotransmitter agent in the CNS.

A compelling body of evidence now supports the existence of a *de novo* biosynthetic pathway for endogenous morphine in mammalian and invertebrate cells, with remarkable similarities to the well-characterised enzymatic pathway described in *Papaver somniferum*. Elucidation of the potential biological significance of evolutionarily conserved opiate alkaloid plant products in animal cells awaits further investigation.

### References:

1. Kream, R. M. De novo biosynthesis of morphine in animal cells: An evidence-based model / Kream R. M., Stefano G. B. // Medical Science Monitor. - 2006. – Vol. 12. – N. 10. – P. RA 207-219.
2. Kream, R. M. Morphine synthesis in animals // Kream R. M., Stefano G. B. // Medical Science Monitor. - 2006. – Vol. 12. – N. 10. – P. ED1-2.

3. Poeaknapo, C. Endogenous formation of morphine in human cells / C. Poeaknapo et al. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA . - 2004. – Vol. 101. – P. 14091–14096.
4. Zhu, W. Human White Blood Cells Synthesize Morphine: CYP2D6 Modulation / W. Zhu et al. // The Journal of Immunology. - 2005. – Vol. 175. – P. 7357–7362.

## **ANATOMICAL FEATURES OF BRANCHES OF FEMORAL ARTERY (LITERARY REVIEW)**

***Gorustovich O., Volchkevich D.***

*The Grodno State Medical University, Belarus*

The basic branch of femoral artery is the deep artery of hip. Numerous researches have shown significant variation of origin and branching of given vessel.

In literature, variation of topographical relations between origin of deep artery of hip and inguinal ligament is described. Most often the artery originates 5-6 cm below inguinal ligament, rarely – just under it, and the rarest variant – at the level of inguinal ligament.

Many authors describe lower origin of the artery – 10-11 cm from inguinal ligament.

Also known is origin of the deep artery of hip from medial semicircle of the femoral artery and external iliac artery above inguinal ligament.

At beginning of the a. profunda femoris from postero-external edge of the femoral artery, it goes downwards and laterally. If the vessel originates from back semicircle, it goes along posterior wall, then passes under its external edge and goes laterally. If the artery arises from postero-internal edges of the femoral artery it passes between femoral artery and vein.

Many variants of origin of branches of the deep artery of hip are described in literature. One or both circumflex arteries depart directly from the femoral artery. In such cases only perforating arteries whose quantity can vary, originate from deep artery of hip. If the deep artery is absent, all branches inherent in it depart from the femoral artery.

A. circumflexa femoris lateralis more often departs from 1,5-2 cm below the beginning of deep artery of hip.

When a. circumflexa femoris lateralis divides on ascending and descending branches, the later also can be accepted as additional deep artery of hip.

A. circumflexa femoris medialis more often originates 1-1,5 cm from deep artery of hip beginning. Adachi (1928) describes the variant at which the a. circumflexa femoris medialis originates from the femoral artery on 16 cm below inguinal ligament.

So, it's visible that sharp problem of variability of arteries of hip. Further research is required on this question.

## **CORRELATION OF PARAMETERS OF A. UTERINA WITH SOME ARTERIES OF THE PELVIS OF MAN**

***Gorustovich O., Volchkevich D.***

*The Grodno state medical university, Belarus*

Diagnostic of human vascular system is actual problem in medicine. Angiography of a. uterina with the purpose of diagnostics of pathological conditions is used in gynecology and surgery. However sometimes is not possible to study a structure of a. uterina, therefore we have made attempt to establish the correlation of parameters of the artery with another arteries of pelvis.

*Methods of research:* macromicropreparation, angiography, morphometry, statistical.

*Material of research:* 27 preparations of pelvic arteries of female in two age groups: newborns and in the age of 50-65 years.

Results of research: correlation coefficients of a. uterina parameters<sup>1</sup> can be presented in the table:

Parameter of correlation	a. uterina parameters		
	Length	Diameter	Variant of beginning
Level of bifurcation of a. iliaca communis	-0,47**	0,03	0,23
Diameter of a. iliaca communis	0,46**	0,10	-0,03
Diameter of anterior trunk of a. iliaca interna	0,80	-0,80	-0,77
Length of anterior trunk of a. iliaca interna	0,60	-1,00***	-0,26
Diameter of a. sacralis lateralis	-0,10	0,03	0,54**
Length of a. glutea superior	0,16	0,27	0,45*
Length of a. vesicalis superior	0,45**	0,44*	0,02
Length of a. vesicalis inferior	0,18	0,49**	0,16
Length of a. glutea inferior	0,73***	0,06	0,19
Length of a. pudenda interna	0,66**	0,09	0,06
Presence of “corona mortis”	0,19	0,38*	-0,25

The note: 1 - factor Spearman R was used

\* -  $p < 0,05$

\*\* -  $p < 0,01$

\*\*\* -  $p < 0,001$

Thus, analyzing the received results, it is possible to make *conclusion* on presence of correlation of a. uterine parameters with parameters of some vessels of the pelvis. So, having established diameter and a level of common iliac artery bifurcation, length of the anterior trunk of internal iliac artery, superior and inferior vesical arteries, inferior gluteal and internal pudendal arteries it is possible to indirectly know parameters of a. uterina.

## ANATOMIC FEATURES OF A DEEP ARTERY OF HIP

**Gorustovich O., Volchkevich D.**

*The Grodno state medical university, Belarus*

Variations of branches of femoral artery, including deep artery of hip, has big medical importance. Increasing amount of obliterating diseases of arteries of pelvis and lower extremity, and also increasing attention to femoral artery both with diagnostic and therapeutic purposes show increased research of ilio-femoral arterial pool.

During investigation, the lower extremities of 6 human corpses were used.

It was revealed that more often, the deep artery of hip with diameter 0,6-0,8 cm departs from posterior or postero-medial circumference of the femoral artery 3-5 cm below inguinal ligament. In one case the deep artery of hip departed more distally: 8 cm below inguinal ligament.

In 3 cases the studied artery originated from lateral surface of the femoral artery, passed behind of it, gradually deviating medially. It is necessary to note, that in the literature such topographical relations were not described.

In one case the deep artery of hip departed from the femoral artery together with lateral and medial circumflex arteries of femur. On one case the medial circumflex artery of femur was absent, but the lateral one departed from femoral artery.

We noted that diameter of circumflex arteries varied from 0,38 to 0,65 cm. In two cases from the deep artery of hip the a. circumflexa femoris lateralis with diameter 0,35 cm arises. Lateral artery originated 1-1,5 cm below this artery having the same direction. The variant of beginning of a. circumflexa femoris medialis from the femoral artery (in 2 cases) 2,5 cm below inguinal ligament was found. However, the descending a. circumflexa femoris medialis departed from the deep artery of hip at level of origin of a. circumflexa femoris lateralis. Thus, if a. circumflexa femoris medialis being absent, only its branches independently depart from the femoral artery and deep artery of hip.

Thus, as a result of research many anatomic features of branches of the femoral artery that can be used both in anatomy and surgery has been established.

## **RESULTS OF JANIN (VELVET) ADMINISTRATION IN THE CONTINUOUS REGIMEN FOR TREATMENT OF GENITAL ENDOMETRIOSIS**

*Leontyeva A.V., Maksimovich E.N.*  
*Grodno State Medical University, Belarus*  
*Department of obstetrics and gynaecology*  
*Supervisor – doc. of med. sc., prof. Kazhyna M.V.,*  
*kan. of med. sc., research staff Yagovdik I.N.*

Medical therapy of endometriosis is characterized by great complexity and requires an individual approach to each patient depending of age and subjective clinical manifestations.

In combination of 2 mg of dienogest with 0,03 mg of aethinylestradiol (Janin) pharmacokinetics values are similar to ones when using only “pure” dienogest. And it’s the main advantage in administration of this oral contraceptive for treatment of different forms of endometriosis.

Dienogest has strong gestagen activity like that of 19-nortestosteron, having no estrogenic, antiestrogenic and androgenic activity. Dienogest has extremely rare and very important property – antiandrogenic activity, that significantly extends the field of its administration in clinical practice.

Being hybrid gestagen, dienogest has all advantages, which are typical of 19-nortestosteron and progesteron compounds such as high bioavailability, marked gestagenic effect on endometrium and therefore on endometrioid heterotopia. It reliably suppresses ovulation and controls a menstrual cycle in combination with aethinylestradiol. At the same time it has no androgenic effect but it has moderate antigonadotropic action, well marked peripheral anti ovulation action due to inhibition of pre-ovulation peak of 17 $\beta$ -estradiol, minimal influence on metabolism indices. High concentration of dienogest free fraction as compared with other gestagens explains its considerable antiproliferated activity.

The effective choice of Janin as an effective drug for treatment of endometriosis first of all depends on the dose of dienogest equal to 2 mg a day that corresponds to required therapeutic dose of gestagen for inhibition of endometrioid heterotopia growth. Under the influence of Janin the focuses of endometriosis at first undergo decidualization and then atrophy. During the experiments it has been proved that dienogest considerably reduces the volume of grafts, i.e. it has a direct inhibition effect on the proliferation of ectopically located endometric tissue, its action being specific that distinguishes it from other progestagens.

Due to the main aims of gynecologists (reduction of a painful syndrome, eradication of heterotopic foci, antirecurrent therapy) in treatment of endometriosis the choice of continuous regimen of drug administration within 3-4 months without 7-day breaks is the most useful. Such approach to treatment is justified by the fact that many women during 7-day breaks with hormonal drug administration have follicle gestation. Shortening or the lack of intervals leads to more controlled inhibition of ovary function and consequently provides more stable ovulation block. The reduction of menstrual excretions or their absence as well as controlled anovulation promote reduction of prostaglandins secretion, that results in decrease of frequency and amplitude of uterus muscle contractions at the background of reducing the threshold of sensitivity, intrauterine pressure decreasing and dysmenorrhea disappearing or manifestations diminishing.

The investigations aimed at studying efficacy of Janin administration in the continuous regimen in patients suffering from genital endometriosis have been undertaken. The obtained results witness that Janin administration in the mentioned regimen promoted the reduction and relief of a painful syndrome, algodysmenorrhea, dyspareunia in most patients. The significant decrease of menstrual blood losses has been noted as well.

Our obtained results as well as the researches of other investigators confirm the positive effect of prolonged administration of Janin on the function of the brain and emotional state due to the improvement of memory and mood, that is especially important for women suffering from endometriosis in combination with the syndrome of pelvic pains. It is so, because estrogens, contained in Janin, decrease the concentration of monoaminooxydase contribute to the increase of serotonin level, excitability of the brain and mood improvement.

Our research proves the safety of prolonged Janin administration as a selective combined oral contraceptive (COC), including dienogest as the first line drug for treatment of endometriosis.

## **ЯДРЫШКИ ГЕПАТОЦИТОВ, КАК МАРКЁРЫ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С.**

*Абакарова В.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра медицинской биологии и общей генетики, инфекционных болезней  
Научные руководители - к.м.н. проф. В.П. Андреев, д.м.н. проф.  
В.М.Цыркунов.*

Гепатит С представляет серьезную проблему общественного здравоохранения. Это обусловлено катастрофическим ростом инфицированности вирусом населения и особенно молодежи. Терапия этой болезни связана с большими затратами и относительно низкой частотой благоприятных исходов. Инфицирование вирусом приводит к развитию острого гепатита С. Примерно 15-25% больных выздоравливают спонтанно, у остальных развивается хронический гепатит С (ХГС). У 25-35% больных хроническим гепатитом в течение 10-40 лет заболевание прогрессирует в фиброз печени и может наступить смерть от цирроза или гепатоцеллюлярной карциномы, которая развивается в 30-40% случаев у больных хроническим гепатитом и циррозом. Высокий уровень заболеваемости, тяжелые исходы, огромные экономические потери для государства обуславливают актуальность изучения различного аспекта вопросов, возникающих в связи с ХГС.

Определение активности болезни является важным моментом в лечении пациентов с хроническим гепатитом С. Анализ литературных источников позволяет сделать вывод, что в настоящее время не существует надежного морфологического критерия отдаленных результатов терапии ХГС. В связи с этим в данной работе

предпринята попытка изучить белок-синтезирующий аппарат гепатоцитов у больных ХГС по состоянию ядрышка - компонента ядра, участвующего в синтезе субчастиц рибосом.

Нами изучены гепатоциты в биоптатах печени 3-х групп больных ХГС: 1 группа - больные с полной ремиссией; 2 - с обострением; 3 - с рецидивом болезни. Ткань печени изучали на полутонких (0,5 мкм) срезах, из блоков, залитых в метилметакрилат. Биопсию печени проводили пациентам до лечения, и после лечения интерфероном. Анализировали форму, диаметр и расположение ядер, а также величину, количество и место расположения ядрышек в кариоплазме гепатоцитов.

Исследование показало, что в первой группе больных после лечения интерфероном наблюдалось резкое снижение гепатоцитов, содержащих крупные ядрышки как с центральным, так и эксцентричным расположением. Во второй группе больных проявилась тенденция к снижению количества гепатоцитов с крупным ядрышком, расположенным возле ядерной оболочки и выраженное снижение с центрально-расположенным крупным ядрышком. Однако оно не достигало величин, характерных для печеночной ткани больных с полной ремиссией. В группе больных с рецидивом сохранялось значительное количество гепатоцитов с крупными ядрышками, и возрастало количество гепатоцитов с ядром небольшого диаметра и эксцентрично расположенным ядрышком.

Известно, что при подготовке гепатоцита к митотическому делению в синтетический период увеличивается размер ядра и ядрышка, которое, приблизившись к ядерной оболочке, активно продуцирует субъединицы рибосом, участвующие в синтезе белка. Отсутствие в печеночной ткани увеличенных в диаметре ядер и наличие нормальных по размеру ядер с крупными ядрышками, а также появление гепатоцитов с мелкими ядрами и крупными эксцентричными ядрышками может косвенно свидетельствовать о том, что данные морфологические изменения со стороны ядер и ядрышек вызваны персистенцией вируса в гепатоцитах и активацией синтеза вирусных белков.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОСОВМЕСТИМОСТИ ИМПЛАНТАТОВ, ПОКРЫТЫХ АЛМАЗОПОДОБНЫМИ УГЛЕРОДНЫМИ ПЛЕНКАМИ, В МЫШЕЧНЫХ И КОСТНЫХ ТКАНЯХ**

*Августинович И.А., Казбанов В.В., Казбанова В.Н., Поздняк Л.В.,  
Савченко А.А., Сергеевич С.И., Чекан Н.М., Акулич В.В., Акула И.П.,  
Дунаев Д.И., Тарасик А.О., Марукович Ю.С., Гриб О.К.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*ГНУ «Институт физиологии НАН Беларуси»*

*Кафедра детской хирургии*

*Научные руководители: доц., к.м.н., Дегтярев Ю.Г.;*

*член.-корр., д.м.н. Кульчицкий В.А.*

**Цель исследования** – в экспериментальных условиях изучить особенности биологической совместимости имплантатов, покрытых алмазоподобными углеродными пленками, в мышечных и костных тканях.

**Материалы и методы исследования.** Эксперимент выполнен на базе Института физиологии НАН Беларуси на 19 крысах-самцах. Всем животным было выполнено оперативное вмешательство по имплантации в мышечно-костную среду исследуемых образцов под внутривенным наркозом.



В течение первых двух суток после оперативного вмешательства, которое оценивалось как высоко агрессивное, погибло от травматического шока и острой кровопотери 7 животных. В эксперименте осталось 12 крыс, распределение по группам следующее: первая группа (n=3) – крысы, которым имплантировали образцы без покрытия, вторая (n=3) – крысы, с DLC-1, третья (n=3) – крысы, с DLC-2, четвертая (n=3)-контрольная.

Через 21 день после эксперимента животные были выведены из эксперимента, с последующим взятием образцов тканей и крови для определения уровней  $\alpha$  -1- и  $\alpha$  -2-. Проводились визуальная оценка имплантантов и соприкасающихся тканей, также осуществлялся забор печени для гистологического исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты лабораторного исследования уровней содержания альфа-1-антитрипсина и альфа-2-макроглобулина в образцах крови крыс статистически обработаны и приведены в таблице 1.

Таблица 1. Содержание  $\alpha$  -1-антитрипсина и  $\alpha$  а-2-макроглобулина в крови экспериментальных животных различных групп.

Группа крыс	Количество крыс	$\alpha$ -1-антитрипсин (мкмоль/с/л <sup>-1</sup> ), M±m	$\alpha$ -2- макроглобулин (мкмоль/с/л <sup>-1</sup> ), M±m
Контрольная группа	3	4.63±0.51	1.42±0.06
Имплантат без покрытия	3	1.77±0.39*	1.26±0.06
Имплантат с DLC-1	3	2.95±0.51	1.28±0.1
Имплантат с DLC-2	3	3.04±0.76	-

Примечание: (\*) – статистически достоверно по отношению к контрольной группе крыс,  $P < 0.05$

**Выводы.** Результаты биохимического исследования сыворотки крови (менее выраженный сдвиг уровня альфа-1-антитрипсина по отношению к контрольной группе крыс и невысокий уровень альфа-2-макроглобулина в крови после вживления имплантантов, покрытых АПУ материалами) и визуального контроля состояния окружающих тканей и поверхности имплантантов (спаянность с окружающими тканями имплантантов без покрытий и наличие на их поверхности соединительнотканых элементов) являются основой для заключения о том, что имплантаты, покрытые пленками DSL, являются биологически более совместимыми, чем имплантаты без подобных покрытий. Полученные данные также позволяют заключить, что алмазоподобные покрытия являются основой для нормализации защитных реакций организма, изменение которых проявляется, в частности, в нарушении реологических свойств крови после имплантаций.

## ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА.

*Авдей С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра неврологии*

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

Акцентуация характера – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная

уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим [1].

Целью настоящей работы является выявление типов акцентуации характера у больных с невротическими расстройствами (Н) и определение у них иммунных нарушений.

Материалы и методы. Обследовано 17 больных с Н по модифицированному опроснику Шмишека. Оценка иммунного статуса проводилась иммунологическими методами.

Результаты и обсуждение. У большинства лиц с Н (12 человек – 70,6%) обнаружен промежуточный тип акцентуации характера, обусловленный действием биологических факторов развития индивида и включающий больных с эмотивно-циклотимным, демонстративно-возбудимым, астеноневротическим, тревожным и педантичным типами. У остальных пациентов (5 человек – 29,4%) с Н диагностирован амальгамный тип, формирующийся в результате напластывания черт одного типа на биологически обусловленное ядро другого в силу длительного хронического действия психогенных факторов. Эта акцентуация личности установлена у лиц с гипертимно-неустойчивым, гипертимно-демонстративным, эмотивно-демонстративным, шизотимно-неустойчивым типами.

Оценка иммунного статуса больных с Н с промежуточным типом установила дисбаланс между CD8 и CD4 –клетками в виде снижения процентного содержания CD8 ( $p < 0,05$ ) и повышения количества CD4 ( $p < 0,01$ ). Дополнительно у этих пациентов зафиксированы высокие значения  $CH_{50}$  ( $p < 0,01$ ) и LKT ( $p < 0,05$ ). У лиц с амальгамным типом акцентуации характера обнаружена только высокая комплементарная активность.

Таким образом, у всех больных с Н имели место иммунные нарушения в виде высокой активности клеточного иммунитета и факторов неспецифической резистентности организма. При этом в большей степени изменения со стороны иммунитета наблюдались у лиц с промежуточным типом акцентуации характера.

#### **Литература.**

1. А.В. Личко. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПРИ ЕГО ОТСУТСТВИИ**

*Авдей С.А., Войтович О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Л.А. Пирогова*

Значительное место в структуре заболеваемости населения среднего и пожилого возраста занимает цереброваскулярная патология. У большинства больных мозговым инсультом имеется метаболический синдром (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия и дислипидемия, встречающиеся у одного человека и обладающие свойством взаимоусиления). Реабилитация таких больных на сегодняшний день является одной из актуальных проблем здравоохранения, что требует осуществления широкого и системного спектра мероприятий по незамедлительному восстановлению нарушенных функций.

Целью нашей работы было изучить и сравнить эффективность восстановления двигательных функций у больных мозговым инсультом (МИ) с сопутствующим метаболическим синдромом (МС) и у больных МИ без МС.

Материалы и методы исследования. Обследовано 2 группы больных в раннем периоде реабилитации: 1-я группа (29 человек) - лица с МИ с МС, 2-я группа (20 человек) – пациенты с МИ без МС. Средний возраст пациентов составил 53 года. Проводились определение массы тела, артериального давления (АД), уровня сахара крови, окружности грудной клетки, живота и конечностей, объём активных и пассивных движений, сила мышц, оценка ходьбы по 6-балльной системе, оценка функционального класса (ФК). В раннем периоде реабилитации всем больным проводились ступень двигательной активности, кинезотерапия, лечебная ходьба, лечение положением, эрготерапия, массаж паретических конечностей, физиотерапевтические процедуры (магнитотерапия, дарсонвализация, электростимуляция, фототерапия), психотерапия, занятия с логопедом, назначались необходимые медикаменты.

Результаты и обсуждение. После проведенного курса реабилитационных мероприятий в обеих группах больных отмечены снижение АД и увеличение объема активных движений, силы мышц в конечностях, улучшение оценки ходьбы. Остальные параметры (масса тела, окружность груди и живота) достоверно не изменялись. ФК, как правило, улучшался в пределах класса. Отмечалась нормализация сахара в крови у больных 1-й группы. Однако комплекс реабилитационных мероприятий наиболее эффективным оказался у больных МИ без сопутствующего МС: наблюдалось достоверное снижение АД на 17,6 % (разница с 1-й группой составила 3,4 %), увеличение силы мышц паретичной конечности на 28 % (на 4 % лучше, чем у больных 1-й группы). Остальные исследуемые параметры отличались незначительно у 2-х групп. (см. табл.1)

Таблица 1 – Сравнительный анализ восстановительной коррекции у больных с МИ с МС и без МС.

Исследуемый параметр	1 группа	2 группа
АД	снижение на 14,2 %	снижение на 17,6 %
Сила мышц кисти паретичной конечности	увеличение на 24 %	увеличение на 28 %
Объём активных движений в конечностях	увеличение на 3-5 °	увеличение на 6-8 °
Окружность бедра парализованной конечности	увеличение на 1-1,5 см	увеличение на 2 см
Оценка ходьбы	улучшение на 1-1,5 балла	улучшение на 2-2,5 балла

Выводы. Таким образом, установлено, что МС замедляет восстановление двигательных функций у больных МИ, что значительно ухудшает качество жизни этих пациентов.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНЫХ АНГИН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ

*Азаренко Е.А., Чижевская Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель: доцент А.В. Васильев*

Изменение спектра и качественных характеристик патогенной флоры на фоне широкого применения антибактериальной терапии, а также особенностей человеческой популяции на фоне динамично изменяющихся условий внешней среды (в том числе и социальных условий) требуют изучения характера клиники заболеваний для определения необходимости внесения изменений в тактику лечения больных.

**Цель работы:** выявить изменения в характере клинического течения и отличия лабораторных показателей при лакунарных ангинах у больных, лечившихся в 1982, 1986, 1987 и 2006 годах.

**Материалом для исследования** стали данные историй болезни 67 больных, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице по поводу лакунарной ангины в 1982 (1 группа - 17 больных), 1986 (2 группа - 19 больных), в 1987 (3 группа - 14 больных) и 2006 (4 группа - 17 больных) годах. Истории болезни отбирались по случайному признаку. Методом работы стал описательно - статистический, сравнительно - статистический ретроспективный анализ имеющихся данных.

**Результаты.** При сравнении групп больных по возрастному признаку оказалось, что существенных различий в возрасте больных не отмечено. Так, в 1 группе средний возраст составил –  $19,2 \pm 3,1$  года, во 2 группе –  $23,0 \pm 2,5$  лет, в 3 группе –  $20,5 \pm 3,3$  лет, в 4 группе –  $19,4 \pm 2,7$  лет. Лица обоих полов во всех группах больных встречались с примерно равной частотой (доля мужчин в группах составила  $45,3 \pm 12,0\%$ ;  $50,0 \pm 11,4\%$ ;  $46,2 \pm 14,4\%$  и  $47,1 \pm 12,4\%$  в группах соответственно). Различий в сроках поступления в стационар не было выявлено. В среднем больные поступали в больницу на 2-3 день болезни. В ходе сравнительного анализа не отмечено различий в высоте лихорадки, но отмечена тенденция ( $p < 0,05$ ) к нарастанию ее продолжительности ( $4,4 \pm 0,4$ ;  $5,6 \pm 0,5$ ;  $4,1 \pm 0,5$  и  $6,7 \pm 0,5$  дней в группах соответственно). Среди гематологических изменений отмечена тенденция ( $p < 0,05$ ) к нарастанию интенсивности палочкоядерного сдвига лейкоцитарной формулы при поступлении больных в стационар ( $1,8 \pm 0,5\%$ ;  $6,4 \pm 1,3\%$ ;  $7,8 \pm 1,8\%$  и  $6,8 \pm 2,1\%$  в группах соответственно). Показатель ЛИИ ( $p < 0,05$ ) обнаружил те же тенденции при поступлении в стационар ( $1,8 \pm 0,3$ ;  $2,5 \pm 0,6$ ;  $3,4 \pm 0,7$  и  $2,7 \pm 0,2$  в группах соответственно). Обращал на себя внимание тот факт, что токсическая зернистость нейтрофилов в 1982-1987 годах у больных отсутствовала при данной патологии, а в 2006 году отмечалась в  $23,5 \pm 16,0\%$  случаев. Относительный показатель моноцитов формулы крови при поступлении имел ( $p < 0,05$ ) тенденцию к нарастанию ( $2,1 \pm 0,7\%$ ;  $4,1 \pm 0,6\%$ ;  $6,0 \pm 1,3\%$  и  $3,5 \pm 0,8\%$  в группах соответственно). В то же время при выписке показатель моноцитов имел обратную тенденцию. Отмечена тенденция к снижению числа лимфоцитов в формуле крови при выписке из стационара ( $38,8 \pm 4,5\%$ ;  $46,4 \pm 4,6\%$ ;  $44,4 \pm 4,6\%$  и  $25,6 \pm 4,5\%$ , соответственно,  $p < 0,05$ ). При этом длительность терапии больных ангинами с 1982 года практически не изменилась ( $7,9 \pm 0,7$ ;  $6,8 \pm 0,6$ ;  $6,9 \pm 0,4$  и  $6,7 \pm 0,4$  дней в группах, соответственно).

**Выводы:** Отмеченные тенденции в клиническом течении лакунарных ангины позволяют считать, что компенсация явлений токсикоза на фоне антибактериальной терапии в настоящее время наступает несколько медленнее, несмотря на использование в терапии более эффективных антибактериальных препаратов.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

*Азаров Е.Ю.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии  
Научный руководитель – к.м.н., доцент И.П. Богданович*

Лечение диафизарных переломов костей голени остается одной из важнейших проблем травматологии. По данным литературы, они составляют около 15 % от всех травм ОДС. Временная нетрудоспособность у данных пациентов колеблется от 4-х до 10-ти месяцев, а выход на инвалидность в результате диафизарных переломов голени достигает 30 %.

Длительная нетрудоспособность и высокий процент первичного выхода на инвалидность требуют анализа лечения на госпитальном этапе.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезней у 22 пациентов с диафизарными переломами голени, находившихся на лечении в клинике травматологии и ортопедии на базе БСМП с 2004 по 2007 годы. Большинство пациентов были трудоспособного возраста: 20-30 лет – 82 (19,4 %); 30-40 лет – 74 (17,6%); 40-50 лет – 111 (26,3%) и старше 50 лет – 155 (36,7%). Среди наблюдавшихся преобладали лица мужского пола: 254 (60,2%), женщин было 168 (39,8%).

Преобладала бытовая травма, которая зафиксирована в 94% случаев. ДТП составили 5,5% и оставшиеся 0,5% пришлось на производственную травму. Переломы в нижней трети голени составили – 46,4%, в средней трети – 27,3%, в верхней трети – 26,3%.

Среди всех пациентов закрытый перелом диафиза голени диагностировали в 92,4%. Открытые переломы составили 7,6%.

Большинство пациентов (64,7%) были доставлены в больницу в первые 6 часов после травмы. До 24 ч. помощь была оказана у 12,3%, а позднее 24 часов - у 23% пациентов.

Практически все пациентов с открытым переломом диафиза голени подлежали оперативному лечению – ВКДО аппаратами внешней фиксации (чаще аппаратом Илизарова).

При наличии закрытого перелома диафиза голени лечение чаще было комбинированным: скелетное вытяжение с последующим применением гипсовой повязки или оперативного лечения.

Постоянное скелетное вытяжение, как самостоятельный метод лечения, было применено в 15,9%, а гипсовая повязка – у 21,3%.

Оперативные методы лечения преобладали и были применены: ВКДО- 39,1%, остеосинтез винтами – 16,8%, остеосинтез пластинами – 6,9%.

Результаты. При выборе метода лечения у больных с переломами диафиза голени учитывали характер перелома, локализацию, состояние мягких тканей, возраст пациента. Как правило, лечение с помощью гипсовой повязки применяли при стабильных переломах. Все открытые переломы подлежали оперативному лечению с использованием ВКДО. Остеосинтез винтами осуществляли при закрытых винтообразных переломах с линией перелома больше поперечника кости в 2 раза. Накостный остеосинтез пластинами применяли при закрытых нестабильных переломах.

При анализе исходов лечения выход на первичную инвалидность составил 27,2%.

## ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

*Акстилович И. Ч.*

*Гродненский государственный медицинский университет  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Научный руководитель – д.м.н., профессор, И.Г. Жук*

В настоящее время в хирургию поджелудочной железы широко внедряются высокотехнологичные оперативные вмешательства (эндоваскулярные, лапароскопические), требующие более точных сведений об анатомии этого органа.

Цель исследования: изучение особенностей кровоснабжения головки поджелудочной железы.

Материал исследования: 50 рентгеноангиограмм органокомплексов желудочно-кишечного тракта людей, умерших в возрасте 30 - 70 лет.

Головка поджелудочной железы кровоснабжается верхними и нижними панкреатодуоденальными артериями. Верхние панкреатодуоденальные артерии были представлены верхней передней панкреатодуоденальной артерией (ВППДА) и верхней задней панкреатодуоденальной артерией (ВЗПДА), кровоснабжавшие верхний сегмент головки органа. Во всех случаях ВППДА отходила от желудочно-двенадцатиперстной (ЖДА) артерии самостоятельно, за исключением одного случая, когда ВППДА и ВЗПДА отходили общим стволом от вышеуказанной артерии. ВППДА, анастомозируя с нижней передней панкреатодуоденальной артерией (НППДА), на передней поверхности головки железы формировала анастомотическую дугу. В среднем длина ВППДА составила  $5,15 \pm 1,31$  см, диаметр  $0,18 \pm 0,21$  см. ВЗПДА была определена на 36 рентгеноангиограммах (72%) во всех случаях артерия отходила от ЖДА самостоятельно, исключая один случай (указан выше). Длина ВЗПДА составила  $3,39 \pm 1,70$  см, диаметр  $0,15 \pm 0,4$  см. На 13 снимках (36,11%) ВЗПДА делилась на 2 ветви: правую и левую. Правая ветвь шла к нисходящей части двенадцатиперстной кишки, а левая анастомозировала с нижней задней панкреатодуоденальной артерией (НЗПДА), формируя заднюю анастомотическую дугу. Нижние панкреатодуоденальные артерии были представлены НППДА и НЗПДА, кровоснабжавшие нижний сегмент головки поджелудочной железы. НППДА в 50% случаев отходила самостоятельно от верхней брыжеечной артерии (ВБА), в 36% - от ВБА общим стволом с НЗПДА, в 12% - от тонкокишечной артерии (ТКА) и в 2% - от ТКА общим стволом с НЗПДА. Длина НППДА составила  $4,16 \pm 1,3$  см, диаметр -  $0,14 \pm 0,04$  см. В 10% случаев НППДА отдавала заднюю ветвь к головке поджелудочной железы. В 72% была определена НЗПДА, в 41,7% случаев она отходила от ВБА, в 47,2% - от ВБА общим стволом с другими артериями, в 8,3% - от ТКА и в 2,8% - от ТКА общим стволом с НППДА. Длина НЗПДА составила  $3,58 \pm 1,2$  см, диаметр  $0,14 \pm 0,04$  см. В 3 случаях НЗПДА отдавала переднюю ветвь к головке поджелудочной железы.

Таким образом, кровоснабжение головки поджелудочной железы имеет индивидуальные анатомические особенности, которые необходимо учитывать при оперативных вмешательствах на данном органе с целью предотвращения интра- и послеоперационных осложнений.

# ЖИРОВИЦКАЯ ОБИТЕЛЬ В ПЕРИОД ХРУЩЕВСКОЙ ПОЛИТИКИ

*Алексеева Л.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., доцент С.А.Ситкевич*

На конец 50-х годов XX столетия приходится ужесточение антирелигиозной политики, проводившейся в бытность Никиты Сергеевича Хрущева. Несовместимость коммунистической идеологии с религией и усилившийся интерес к последней вызывали у советских властей раздражение и неудержимое желание любыми способами скомпрометировать Церковь, создать невыносимые условия для ее существования. Духовенство облагалось всевозможными непомерными налогами и поборами, снижение которых было бы, по мнению властей, равносильно признанию Церкви «какой-то общественно полезной организацией в нашем социалистическом обществе» [1, С.275]. Нормальные духовные явления рассматривались советскими властями как аномальные и приспособленческие.

Жировицкая обитель была обложена большим натуральным налогом: на зерно, масло, мясо, молоко и т.п. Обитель оказалась перед выбором: либо продолжить уплату непомерных налогов, либо сдать хозяйство государству.

22 апреля 1959 года пришло указание: «принять самое активное участие в разработке таких мероприятий, которые обеспечивали бы реальное прекращение паломничества и закрытие «святых мест» и источников» [3, С.12-13]. В 1960 году был закрыт Жировицкий источник; закрыт вход в собор с улицы для богомольцев. С 1961 года повсеместно в Белоруссии был запрещен колокольный звон. Были проведены работы по ограждению детей от влияния религии; запрет на прислуживание в церкви подростков, не достигших 18-летнего возраста. В канун закрытия МинДС, 2 апреля 1963 года, на имя уполномоченного Совета по делам РПЦ при Гродненском облисполкоме поступило заявление директора Жировицкого сельхозтехникума В. Кулича с просьбой передать учебные корпуса семинарии для размещения учебных кабинетов и лабораторий по агрономии и зоотехнике. В результате монастырь лишился обширных построек и части хозяйства.

В 1963 году был отнят братский корпус, в нем разместилась неврологическая больница с поликлиникой. Колокольня с пристройками, в которых жила часть гродненских монахинь и богомольцев, также отошли государству. Земли и огороды, принадлежавшие монастырю, были отняты и отданы населению и Жировицкому сельхозтехникуму.

Правительством решался вопрос о закрытии мужского монастыря в Жировицах. Предлогом к его закрытию служила несовместимость его нахождения в одном здании с женским. Председателем Совета по делам РПЦ при СМ СССР Куроедовым дано указание: «принять все меры, чтобы желающих поступить в МинДС не было, как за последние 3 года» [2, С.301]. Это властям удалось. В 1963 году ни одного поступающего в семинарию кандидата. В этом же году МинДС перестала существовать.

Во время антирелигиозной Хрущевской политики все сводилось к тому, чтобы лишить монастырь элементарных средств существования. Тактика властей заключалась в том, чтобы изнутри ослабить Церковь, скомпрометировать ее перед народом, выдать за реальность ее мнимую несостоятельность.

## **Литература:**

1. Пospelовский.Д.В. Русская Православная Церковь в XX веке. Минск,1996.

2. Поспеловский Д.В. Русская Православная Церковь в XX веке. Минск, 1996.
3. Шалькевич А.К. Воспоминания келейника. Минск, 1987.
4. Студенческий журнал «Ступени» 2005.
5. Летопись Жировицкого монастыря.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ПРОГНОЗА МЕЛАНОМ КОЖИ

*Алексинский В.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель – д. м. н. Басинский В.А.*

Меланома является одной из самых злокачественных опухолей человека, о чём говорят высокие показатели летальности при данном заболевании. Развивается меланома из пигментобразующих клеток – меланоцитов и меланобластов и характеризуется значительным полиморфизмом образующих её клеточных элементов. Последнее объясняется возможностью приобретения неусными клетками различных направлений дифференцировки. Крайне неблагоприятное клиническое течение меланомы с отсутствием эффекта от проводимой химиолучевой терапии обуславливает необходимость детального изучения особенностей морфологии данного новообразования и ее прогностического значения. Из всех мест возможной локализации опухоли для изучения была избрана меланома кожи, поскольку прочие локализации являются достаточно редким явлением в медицинской практике.

Материалом для исследования стали 49 меланом у жителей Гродненской области, оперированных в стационарах г. Гродно в 2001-2002 гг. В 28,57% это были лица мужского пола, в 71,43% - женского. В возрастных рамках 20-29 лет доля заболевших составляет 2,04%, 30-39 лет - 12,24%, 40-49 лет – 16,33%, 50-59 лет – 22,45%, 60-69 – 24,49%, 70-79 лет – 22,45%, т.е. опухоль встречается практически в любых возрастных группах, и в целом частота её имеет тенденцию к росту при увеличении возраста пациентов. 62,79% среди заболевших составили городские жители, 37,21% - жители сельской местности. В 26,53% случаев имело место поражение кожных покровов туловища, в 61,23% - конечностей (верхних – 14,29%, нижних – 46,94%), в 8,16% – головы, кожи аногенитальной области – 4,08%.

При оценке стадии инвазивного роста меланомы кожи по Кларку было обнаружено, что почти в половине случаев (47,83%) имела место 3-я стадия инвазивного роста, 4-я ст. – в 13,04% , 5-я ст. – в 32,61% случаев, в то время как доля опухолей, находившихся в 1-й ст. и 2-й ст. инвазии составила 0% и 6,52% соответственно. Таким образом, имело место выявление больных меланомой кожи на таких стадиях, когда опухоль активно метастазирует и происходит резкое снижение выживаемости больных. Всё это говорит о том, что при выявлении меланомы кожи имеется элемент запущенности, что, вероятно, связано с недостаточной онкологической настороженностью населения и врачей в отношении данного заболевания и, как следствие, поздней обращаемостью за медицинской помощью.

Представляют интерес наблюдения первично множественных новообразований, представленных в нашем материале. В 2 случаях меланома сочеталась с базально-клеточной карциномой, а 1 случае - с раком мочевого пузыря (переходно-клеточная карцинома) с метастазами во внутренние органы.

Для оценки прогноза новообразования использовались стадии инвазивного роста по Кларку и сравнивались 3- и 5-летние сроки выживаемости пациентов в послеоперационном периоде. Трехлетняя выживаемость больных со 2-й стадией



меланомы составила 100%, с 3-й стадией – 66,67%, 4-й – 60%, 5-й - 50%. Пятилетняя выживаемость при 2-й и 3-й стадиях оказалась равной и составила 50%, при 4-й ст. – 60%, при 5-й стадии – 25%.

Таким образом, если при повышении стадии инвазивного роста отмечается закономерное снижение трехлетней выживаемости больных в послеоперационном периоде, то при анализе пятилетней выживаемости данная закономерность теряется. Указанная особенность требует более детального анализа свойств опухолевых клеток и окружающего их стромального компонента с использованием иммуногистохимической оценки, что позволит расширить круг прогностических факторов новообразования.

## **РЕКЛАМА! РЕКЛАМА? РЕКЛАМА...**

*Амбрушкевич А.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н, преподаватель Короленок Л.Г.*

Реклама сегодня прочно вошла в нашу жизнь и является одним из мощнейших способов общения с самой широкой аудиторией возможных её потребителей. Назначение рекламы не простое информирование потенциальных потребителей, а непосредственное целенаправленное воздействие на нас как на уровне сознания, так и на уровне бессознательного (коллективного и личного). Реклама товаров и услуг различными способами заставляет, принуждает нас совершить покупку. Вот почему это влияние может приобретать и негативный характер. Для того, чтобы оградить нашу психику от непрерывного психологического воздействия рекламы, необходимо знать основные ее механизмы. Вы считаете себя умнее толпы рекламных психологов и сценаристов? Вы верите, что они не знают всего о том, как вы думаете и чего хотите? Верите, что не стали для них полностью предсказуемым? Так оно и есть. Потому что свободный разум может все. Если он действительно хочет быть свободным. Чтобы лучше понять основные приёмы влияния рекламы, приведем несколько новых подходов в изготовлении рекламных роликов. Методы, по сути, везде старые, вот только способы преподнесения их нам меняются день ото дня. А все это – продуманные психологи, апеллирующие к самым низменным нашим чувствам (ведь так уязвимо наше сознание, особенно, когда о себе напоминают такие качества, как жадность, зависть и желание выделиться, стремление понравиться мужчинам, забота о потомстве, лень, любовь к красивым штучкам, вера в авторитет, уважение к умным словам, экономическая неграмотность или любопытство и склонность к экспериментам) все довольно банально и предсказуемо, знать бы только, как верно и вовремя их применить.

СПОСОБ 1: «Я знаю, чего ты хочешь», заключается в простой логической цепочке: звучит вопрос, на который любой ответит положительно в любом случае, текст сопровождается ярким видеорядом необходимой направленности.

СПОСОБ 2: «Выбирай на вкус», «...дедушка любит Раму с белым хлебом, бабушка – со сдобной булкой, а я – с бородинским!». Богатый ассортимент маргарина, не правда ли?

СПОСОБ 3: «Мам, специалистов совет услышь!». Специалист здесь – ключевое слово. В такой рекламе вам посоветуют покупать то или это люди, которые на этом собаку съели, а именно: ведущие собаководы, зубные врачи, визажисты, академики и т.д.

СПОСОБ 4: «Мы с тобой одной крови». В том случае, когда подходящий специалист недоступен, например, если рекламировать надо стиральный порошок, отбеливатель, или простую жевательную резинку, от которой зубам ни холодно, ни жарко, в ход идут ребята из народа. Главная задача: показать «народность» предлагаемого товара.

СПОСОБ 5: «Дело Фрейда цветет и пахнет». Фрейдский язык символов проглядывает почти в каждом «имиджевом» ролике.

СПОСОБ 6: «Не верьте таким рекламным обещаниям!». Прост до безобразия и в то же время крайне эффективен из-за своей новизны и внешней антирекламности. Впервые применен фирмой «Кока-Кола» в рекламе «Спрайта» где-то в начале 1998 года и используется до сих пор.

СПОСОБ 7: «Супервоздействие». Единственный способ воздействия, никак не связанный с содержанием ролика. Это даже не способ, а просто осознание того факта, что тот или иной товар (фирма) рекламируется на ТВ.

Главный способ защиты от пагубного влияния рекламы на нашу психику – это постоянный самоконтроль, проверка способов подачи информации, анализ, во время просмотра, механизмов воздействия рекламы. Рекламист всегда рассчитывает на то, что потребитель не знаком или мало знаком с психологическим аспектом рекламы, и в этом он прав. Знание, вернее, осознание, – ключ к освобождению от рекламной зависимости.

## **СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС**

*Андрушкевич И.А., Субот А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Пальцева А.И.*

В настоящее время остаются недостаточно изученными особенности гемодинамики головного мозга при различных видах перинатальных гипоксических поражений центральной нервной системы у новорожденных.

Цель исследования - оценить показатели мозгового кровотока у детей с различными формами гипоксических перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных.

Церебральная гемодинамика изучалась с помощью метода нейросонографии. Исследование выполняли на ультразвуковой системе En-Visor производства компании Philips Ultrasound широкополосным секторным датчиком для исследований в педиатрии. При нейросонографии с обеих сторон измерялись количественные параметры кровотока в М1 сегменте средней мозговой артерии: систолическая скорость кровотока в сантиметрах в секунду, диастолическая скорость кровотока в сантиметрах в секунду, систоло-диастолическое отношение, пульсационный индекс и индекс резистентности.

Обследуемые дети проходили лечение в педиатрическом отделении УЗ «Гродненский областной клинический родильный дом». Новорожденные были обследованы в период стабилизации кровотока (4-10 сутки жизни). В исследование не включались дети с врожденными пороками развития, хроническими заболеваниями, а также с признаками нейроинфекции.

Были выделены две клинические формы перинатального поражения центральной нервной системы: гипоксически-ишемическая и гипоксически-геморрагическая. Ведущим неврологическим синдромом у всех новорожденных был

синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, состояние новорожденных расценивалось как средне-тяжелое.

При сравнении с контрольной группой, вне зависимости от вида перинатального поражения центральной нервной системы, у новорожденных с гипоксическим поражением ЦНС были выявлены в исследуемых сосудах практически однотипные изменения: в артериях отмечалось снижение среднего показателя максимальной систолической скорости кровотока до  $13,39 \pm 0,57$  см в секунду (контроль  $17,9 \pm 0,64$  см в секунду) и среднего показателя конечной диастолической скорости кровотока до  $3,84 \pm 0,2$  см в секунду (контроль  $6,54 \pm 0,24$  см в секунду). Средний показатель индекса резистентности был повышенным  $0,71 \pm 0,01$ , по сравнению с контрольной группой -  $0,63 \pm 0,03$ . Средний показатель пульсационного индекса был повышенным -  $1,1 \pm 0,03$ , по сравнению с контрольной группой -  $0,93 \pm 0,026$ . При этом скоростные показатели имели минимальное значение у новорожденных с гипоксически-геморрагическим поражением головного мозга. Эта форма перинатального поражения центральной нервной системы характеризовалась максимальным уровнем индексов резистентности.

Таким образом, проведенное нами исследование мозгового кровотока у доношенных новорожденных с различными клиническими формами перинатального поражения центральной нервной системы выявило в сосудах головного мозга однотипность его изменений.

#### **Литература:**

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. – М.: Триада X, 2005. – 670с.

## **ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБ ИНСУЛЬТЕ**

***Анисько Е.Л., Бузар О.Р.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра неврологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Кулеш С.Д.*

Мозговой инсульт является одной из ведущих причин смертности населения Республики Беларусь. Знание факторов риска и симптомов данного заболевания имеет большое значение для снижения заболеваемости и смертности от инсульта. Целью работы было изучить осведомленность об инсульте в когорте жителей Гродненской области в возрасте старше 18 лет.

Исследование проведено на 110 пациентах, проходивших стационарное обследование и лечение в терапевтических, кардиологических и дерматовенерологических отделениях учреждений здравоохранения г. Гродно. В соответствии с литературными данными был разработан опросник из 25 пунктов, объединенных в 3 раздела. Первый раздел включал 9 вопросов по социально-демографическим характеристикам. Во втором разделе имелись 13 вопросов о факторах риска и симптомах мозгового инсульта. В заключении пациентам предлагалось оценить наличие у них 8 наиболее значимых факторов риска инсульта.

Среди обследованных пациентов преобладали женщины (55,5%), возраст находился в пределах 19-77 лет, средний возраст составил  $50,3 \pm 12,0$  лет. Только 4,5% имели образование ниже среднего, остальные — среднее и высшее образование. 89 из 110 человек были работающими, 74 из 110 — проживали в семье.

88,2% участников опроса сообщили, что органом, который поражается при инсульте, является мозг, при этом большинство (84,5%) указало, что инсульт возникает вследствие кровоизлияния. Основная часть пациентов (80,9%) сами видели больных

инсультом, причем у 47,3% данным заболеванием страдали родственники. Лишь 12 из 110 обследованных считают, что предотвратить инсульт нельзя. Малая часть участников знает о связи ведущих факторов риска и острых нарушений мозгового кровообращения: среди причин инсульта только 38,2% пациентов указали на артериальную гипертензию, 27,9% - на избыточный вес, и 0,9% на курение.

Основная масса участников опроса (88,2%) знает нормальные значения артериального давления, однако 73,6% считают, что им нет необходимости поддерживать такой уровень. При этом 66 из 110 пациентов указали на наличие артериальной гипертензии у них самих. Среди симптомов инсульта основными по частоте упоминания оказались головная боль (28,2%), повышение артериального давления (26,4%) и нарушения движений в конечностях (16,4%). 14 человек (12,7%) указали, что инсульт не проявляется никакими симптомами. Основными источниками информации о симптомах и факторах риска инсульта в нашей когорте были средства массовой информации (40,9%) и беседы с врачами лечебных учреждений (38,2%).

Большинство обследованных пациентов (86,4%) в качестве алгоритма действия при возможном развитии инсульта у родственника / друга назвали вызов врача скорой помощи. 11 из 110 участников в той же ситуации вызвали бы врача на дом, а 4 — оказали бы помощь самостоятельно. Среди участников опроса отмечен высокий удельный вес имеющих факторы риска инсульта (по собственной оценке). Заболевание сердца отметили 70,0% пациентов, гиподинамию — 38,2%, высокий уровень холестерина — 27,7%, курение — 20,9%, злоупотребление алкоголем — 11,8%. 8 из 110 опрошенных в прошлом сами перенесли инсульт или транзиторную ишемическую атаку.

Таким образом, проведенное исследование показало, что имеется необходимость повышения осведомленности населения о факторах риска, симптомах инсульта и необходимости раннего обращения за медицинской помощью. Основными каналами улучшения информированности должны быть средства массовой информации и образовательные программы медицинских учреждений.

## **ИЗУЧЕНИЕ СЕКРЕТОРНОГО ЦИКЛА АЦИНУСОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА**

*Анисько Е.Л., Гончар Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Можейко Л.А.*

Цель настоящей работы - изучить влияние холестаза беременных самок на секреторный процесс поджелудочной железы их потомства.

Эксперименты проведены на 16 беспородных белых крысах – самках, весом 170-180 г, и родившихся от них крысятах. Половине взрослых крыс на 12-й день беременности, т.е. в ранние сроки органогенеза, производили перевязку общего желчного протока. Второй половине крыс делали ложную операцию (без наложения лигатуры на желчный проток) для контроля. Родившихся крысят на 15-е сутки развития подвергали эвтаназии парами эфира. Для изучения структуры поджелудочной железы материал обрабатывали общепринятыми морфологическими, а для изучения рибонуклеопротеидов и фосфолипидов – гистохимическими методами. В полученных препаратах подсчитывали количество экзокринных панкреатоцитов на стандартной площади среза, находившихся в различные фазы секреции, а также измеряли диаметр ацинусов, величину ацинарных клеток и их функциональных зон. Количественные

показатели обрабатывались по общепринятым критериям вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента.

Известно, что экзокринные панкреатоциты подобно другим клеткам, секретирующим белок, имеют апикально-базальный градиент распределения клеточных органелл. При этом в базальной части, содержащей ядро, преобладает гранулярная цитоплазматическая сеть (гомогенная зона), а в апикальной - комплекс Гольджи и секреторные гранулы (зимогенная зона). В процессе секреторного цикла количество секреторных гранул и размеры функциональных зон клеток изменяются.

Результаты исследования показали, что у контрольных животных в клетках ацинусов преобладают процессы синтеза (около 50% клеток) и депонирования (около 30% клеток) секрета. В активно синтезирующих клетках максимальна базофилия гомогенной зоны цитоплазмы, а также содержание рибонуклеопротеидов и фосфолипидов. В фазе депонирования количество секреторных гранул, оттесняющих ядро и остальные компоненты клетки к базальной мембране, увеличено. Соответственно увеличиваются размеры зимогенной зоны цитоплазмы панкреатоцитов. У 15-суточных опытных крысят, родившихся от самок с экспериментальным обтурационным холестазом, увеличивается количество клеток с незначительным содержанием зимогенных гранул (45%;  $p < 0,05$ ). Вероятно, в таких клетках процессы созревания и формирования секреторных гранул до определенных размеров в области комплекса Гольджи не успевают завершиться. Соответственно, доля клеток с преобладанием процесса синтеза (35%;  $p < 0,05$ ) и депонирования (20%;  $p < 0,05$ ) снижается. Падает и содержание рибонуклеопротеидов и фосфолипидов экзокринных панкреатоцитов.

Таким образом, холестаз беременных самок вызывает довольно значимые сдвиги секреторного цикла поджелудочной железы у потомства.

## **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ КРОВИ КРЫС В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОТМЕНЫ ЭТАНОЛА ПОСЛЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ**

*Артёмова О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.*

**Цели исследования** Употребление этанола как в хроническом, так и в остром режиме, а также отмена этанола после его длительного поступления в организм ведёт к последствиям, распространяющимся практически на все обменные процессы. Пул свободных аминокислот является показателем, достаточно информативно отражающим изменения, касающиеся широкого круга метаболических путей. В данной работе мы попытались оценить закономерность формирования пула свободных аминокислот плазмы крови крыс в различные сроки отмены этанола после периодической алкоголизации.

**Методы** В эксперименте использовали крыс-самцов массой 200-250 г. (50 особей). Алкоголизацию проводили по схеме: группа 1 получала этанол (в/ж, 3,5 г/кг, 2 × сут.) в течение 28 сут. с последующей декапитацией через 24 ч. Особи группы 2 были декапитированы через 1 сут. после 7-дневной алкоголизации, а особи группы 3 - через 7 сут. Декапитацию животных группы 4 проводили после алкоголизации по схеме: 7 сут. этанол+7 сут. отмены + 7 сут. этанол + 1 сут. отмены; группа 5 была подвергнута алкоголизации в аналогичном режиме, однако декапитацию проводили через 7 сут. после последнего введения этанола. Животные из контрольной группы получали воду.

Содержание свободных аминокислот в безбелковых экстрактах плазмы определяли по методу катионообменной хроматографии на автоанализаторе аминокислот ААА Т-339М. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета компьютерных программ «Statistica 5.5».

**Результаты** В плазме крови группы 1 зарегистрировано незначительное снижение уровня свободных аминокислот и значений индекса гликогенные/кетогенные аминокислоты. Отмена этанола в течение 1 сут. после 7-дневной алкоголизации не вызывала выраженных сдвигов, отмечалось лишь повышение уровня мочевины и Туг при общей тенденции к повышению суммарного уровня свободных аминокислот, что могло быть обусловлено ингибированием синтеза белка в условиях алкоголизации. 7-дневная отмена этанола после 7-дневной алкоголизации (группа 3) приводила к нарастанию аминокислотного дисбаланса в плазме. Наблюдалось сокращение относительного содержания незаменимых аминокислот, а также было снижено отношение АРУЦ/ААК. Отмечалось повышение содержания аммиака. В группе 4 отмечается достоверное увеличение общего содержания свободных аминокислот (Tau, Cys, Lys, Glu, Gly, Ser), а также аммиака и мочевины. Концентрация Asp была понижена. Через 7 суток отмены этанола (группа 5) ситуация кардинально изменилась. Повышенный суммарный уровень аминокислот, наблюдавшийся ранее у животных 4 группы, нормализуется. Наблюдается рост уровня мочевины на фоне повышенной концентрации аммиака. Сохраняется тенденция к повышенным значениям индекса ЗА/НА. Наблюдается снижение значений индекса АРУЦ/ААК. С помощью пошагового дискриминантного анализа выявлено, что наибольшим дисбалансом показателей в плазме крови характеризуются группы 3-5. На основании полученных данных можно заключить о нарастании аминокислотного дисбаланса в плазме в отдалённые сроки отмены этанола после однократно перенесённого цикла алкоголизация/отмена. Двукратное повторение цикла вызывало наибольшие сдвиги концентраций отдельных аминокислот. В отдалённые сроки абстиненции происходит некоторое нивелирование аминокислотного дисбаланса в плазме, однако сохраняются остаточные нарушения, выражающиеся в уменьшении значений индекса Фишера. Можно предположить, что алкогольный абстинентный синдром сопровождается усилением стресс-реакции, вызываемой этанолом, и тем самым приводит к дальнейшему дисбалансу аминокислотного пула в плазме крови.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЕЧЕНИ КРЫС В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОТМЕНЫ ЭТАНОЛА ПОСЛЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ**

*Артёмова О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.*

**Цели исследования** Употребление этанола в различных режимах оказывает дестабилизирующее действие на широкий круг метаболических процессов организма. Пул свободных аминокислот является критерием, позволяющим комплексно оценить функциональное состояние организма в условиях патологии, в данном случае – в условиях алкогольной интоксикации. Данная работа характеризует особенности формирования фонда свободных аминокислот ткани печени в условиях прерывистой алкоголизации.

**Методы** В эксперименте использовали крыс-самцов массой 200-250 г. (50 особей). Алкоголизацию проводили по схеме: группа 1 получала этанол (в/ж, 3,5 г/кг, 2

× сут.) в течение 28 сут. с последующей декапитацией через 24 ч. Особи группы 2 были декапитированы через 1 сут. после 7-дневной алкоголизации, а особи группы 3 - через 7 сут. Декапитацию животных группы 4 проводили после алкоголизации по схеме: 7 сут. этанол+7 сут. отмены + 7 сут. этанол + 1 сут. отмены; группа 5 была подвергнута алкоголизации в аналогичном режиме, однако декапитацию проводили через 7 сут. после последнего введения этанола. Животные из контрольной группы получали воду. Содержание свободных аминокислот в безбелковых экстрактах печени определяли по методу катионообменной хроматографии на автоанализаторе аминокислот ААА Т-339М. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета компьютерных программ «Statistica 5.5».

**Результаты** В условиях хронической 28-дневной алкоголизации с отменой этанола в течение 1 сут. отмечалось возрастание суммарного уровня аминокислот в печени, в основном, за счёт заменимых аминокислот (ЗА). Уровни незаменимых аминокислот (НА) Met, Leu и Phen были снижены, что отражалось в увеличении соотношения ЗА/НА. Снижение уровня мочевины может указывать на активную утилизации азота аминокрупп в условиях дефицита белка. В группе 2 выявлено снижение уровней Ile и Leu, что проявлялось в снижении коэффициента АРУЦ/ААК и в некотором возрастании соотношения гликогенные/кетогенные аминокислоты (ГА/КА). В группе 3 происходило нарастание аминокислотного дисбаланса. Суммарный пул аминокислот возрос на 27%, также увеличивалось соотношение гликогенные/ кетогенные аминокислоты. В группе 4 отмечается повышенное содержание аминокислот. При этом соотношение ЗА/НА снижается до 85%. Кроме того, были повышены концентрации аммиака и мочевины. В группе 5 происходит устранение гипераминоацидемии, однако сохраняется определённый дисбаланс в содержании отдельных аминокислот. Сохраняется тенденция к повышенным значениям ЗА/НА. По данным дискриминантного анализа, наиболее приближенными к контрольным величинам были показатели группы 1, в то время как максимальная миграция в сторону, противоположную контрольной группе, наблюдалась в показателях групп 3 и 5. На основании полученных данных можно утверждать о нарастании аминокислотного дисбаланса в печени в отдалённые сроки отмены этанола после однократно перенесённого цикла алкоголизация/отмена. Двукратное повторение цикла вызывало наибольшие сдвиги отдельных показателей пула и накопление аминокислот в печени в первые сутки отмены этанола. В отдалённые сроки абстиненции происходит некоторое нивелирование аминокислотного дисбаланса, однако сохраняются остаточные нарушения, выражающиеся в возрастании соотношения ГА/КА в печени. Это указывает на нарушение адаптационных механизмов в условиях прерывистой алкогольной интоксикации с потенцированием эффектов в периоды алкогольной абстиненции.

## **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Артиш Е.И., Звезда Н.В. Хомбак А.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Областная клиническая больница*

*Научные руководители – д.м.н., доц. Басинский В.А, к.м.н.,*

*доц. Савицкий С.Э.*

Рак молочной железы (РМЖ) – заболевание, при котором с давних времен было замечено наличие генетической предрасположенности. Характерным для наследственных опухолей данной локализации является возникновение РМЖ у двух

или более членов семьи в нескольких поколениях, возникновение его в более молодом возрасте, сочетание с другими онкологическими заболеваниями (наиболее часто – рак яичников), а также мультифокальная локализация. За последнее десятилетие позиционное клонирование и другие технологии молекулярной генетики позволили идентифицировать гены, которые ответственны за возникновение, течение и прогноз семейных форм РМЖ. К генам с высокой пенетрантностью относятся BRCA (Breast Cancer Associated) 1 и 2 – доля BRCA 1- и BRCA 2-ассоциированного РМЖ составляет 45 и 35% соответственно. Для РМЖ с мутацией гена BRCA1 характерны инфильтративно-протоковый вариант строения, низкая степень дифференцировки опухоли, наличие p53, отсутствие рецепторов эстрогенов и экспрессии HER2.

Материалом для настоящего исследования стали микроскопические препараты резецированных молочных желез и лимфатических узлов у 176 женщин, страдавших раком молочной железы.

Проведенный анализ показал, что рак молочной железы выявлен в возрасте от 31 до 79 лет, при этом средний возраст составил  $53,75 \pm 1,73$  года. У 22,4% женщин рак был отнесен к 1-й клинической стадии, в 69,2% – ко второй, в 7,6% – к третьей. 4-я клиническая стадия выявлена у одной женщины. Среди гистологических форм рака выявлялась высокодифференцированная аденокарцинома (G1)-64 (36,8%), умеренно дифференцированная аденокарцинома (G2) – в 32 (18,4%) случаях, низкодифференцированная (G3) – в 24 (13,8%). Недифференцированный рак (G4) обнаружен при гистологическом исследовании в 38 (21,8%) случаях, внутрипротоковый рак в – 12 (6,9%) наблюдениях. Отмечены единичные случаи слизистого, переходноклеточного и плоскоклеточного рака. У 82 женщин (50,2%) были обнаружены метастазы рака в регионарных лимфатических узлах. Согласно имеющимся данным, 101 женщина прожила свыше 5 лет, через 1-5 лет умерли 38 (76%) женщин, и лишь 4(8%) больных умерло в течение 1 года после операции. Судьбу остальных женщин проследить не удалось. Почти 80% больных 1 клинической стадии и 70% – 2-й прожили после операции свыше 5 лет. В первый год после операции чаще умирали женщины старшего возраста ( $63,75 \pm 7,85$  лет). Анализ пятилетней выживаемости, в зависимости от степени дифференцировки аденокарциномы, также не выявил их тесной взаимосвязи.

Анализ косвенных факторов, требующих настороженности в отношении генетической предрасположенности рака молочной железы, к которым относится молодой возраст больных, гистологическая форма новообразования и его двусторонняя локализация, позволяет отметить, что в представленных наблюдениях рак молочной железы развился в возрасте от 36 до 55 лет у 49,4% пациентов, а лиц младше 35 лет было 5,1%. Также настораживает значительная доля больных с низкой степенью дифференцировки опухоли (13,8% ) и 8 наблюдений двустороннего поражения молочных желез. При анализе рецепторного статуса новообразований молочной железы из 63 обследованных женщин у 8 (12,7%) выявлено отсутствие экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона и HER2/неу, что также очень характерно для наследственного рака молочной железы.

Таким образом, от 5 до 15% прооперированных больных раком молочной железы целесообразно направлять на генетическое исследование с определением мутации BRCA для выявления наследственной предрасположенности к раку молочной железы у родственников пациентов.



# КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Архипова Н.Н., Кардаш Е.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – ассистент Мацюк Т.В.*

На сегодняшний день хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста [1]. В настоящее время доказано, что ключевую роль в их развитии играет *Helicobacter pylori* (НР) [1, 2]. Продолжаются попытки очертить круг симптомов, патогномоничных для инфекции НР. Одни исследователи считают, что хеликобактериоз у детей не имеет специфических клинических проявлений [2], другие отмечают, что пациенты с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), ассоциированной с НР, чаще предъявляют жалобы на тошноту, рвоту, изжогу и диарею [1].

Целью настоящего исследования явилась оценка клиничко-эндоскопических особенностей хеликобактерной инфекции у детей с хроническими воспалительными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Для реализации поставленной цели обследован 61 ребенок в возрасте от 7 до 15 лет, находившийся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении детской областной клинической больницы г. Гродно. В зависимости от наличия инфекции НР по результатам уреазного теста и гистологического исследования биопсийного материала слизистой оболочки желудка (СОЖ) все пациенты были разделены на 2 группы: I группу (72,6% пациентов) составили НР – позитивные дети, II группу (27,4% пациентов) – НР – негативные дети. По результатам фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), неизменная СОЖ и хронический гастрит выявлены у детей I и II групп в 2,2% - 26,4% и в 3,4% - 18,4% случаев, соответственно. Хронический гастродуоденит (ХГД) и эрозивно-язвенные поражения (ЭЯП) СОЖ и ДПК выявлены у 94,4% детей с хеликобактериозом (ХГД - 75,3%, ЭЯП - 19,1%) и только у 55,2% детей, не инфицированных НР (ХГД - 52,6%, ЭЯП - 2,6%),  $p < 0,001$ . Наличие разнокалиберных выбуханий на стенках антрального отдела желудка отмечалось у 37,1% детей с хеликобактериозом, во II группе пациентов этот эндоскопический признак не выявлен ни у одного пациента. Пациенты с хеликобактериозом достоверно чаще, по сравнению с НР - негативными детьми, предъявляли жалобы на боли в животе после еды - 86,4% и 57,8%, соответственно ( $p < 0,01$ ), тошноты - 80,7% и 60,5%, ночные боли - 18,2% и 5,3% детей, соответственно. Длительность болевого синдрома после поступления ребенка в стационар на фоне адекватно проводимой терапии в группе детей, инфицированных НР, составил  $7,4 \pm 0,5$  дня, в группе хеликобактернегативных детей -  $3,9 \pm 0,4$  дня,  $p < 0,001$ . Дети с хеликобактериозом, по сравнению с неинфицированными детьми, достоверно чаще отмечали рвоту - 22% и 3,6%, соответственно ( $p < 0,05$ ), изжогу - 26,7% и 3,6%, соответственно ( $p < 0,02$ ), отрыжку кислым - 33,3% и 14,3%, кисло-горьким - 18% и 0%. Проявления синдрома кишечной диспепсии (вздутие живота, метеоризм, склонность к послаблению стула, склонность к запорам) встречались одинаково часто в обеих группах детей.

Таким образом, в результате проведенных исследований нами установлен ряд клиничко-anamnestических особенностей хронических воспалительных заболеваний желудка и ДПК у детей, инфицированных *Helicobacter pylori*.

### **Литература:**

1. Зокиров, Н.З. Роль *Helicobacter pylori* в гастродуоденальной патологии детского возраста / Н.З. Зокиров // Педиатрия. - 1998. – №1. - С. 76-82.
2. Римарчук, Г.В. Патоморфоз хронического гастродуоденита у детей в индустриальном городе / Г.В. Римарчук, Н.И. Урсова // Рос. педиатр. журнал. - 2003. - № 1. - С. 56-57.
3. Хеликобактерная инфекция у детей: клинико-эпидемиологическое исследование / О.В. Решетников [и др.] // Российский педиатрический журнал. - №2. - 2001. – С. 7-10.

## **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАЛОГО БИЗНЕСА**

*Асимович Л.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель - старший преподаватель Рындова О.Н.*

Об актуальности проблем становления и развития малого бизнеса говорит тот факт, что он обеспечивает основные конкурентные преимущества экономики рыночного типа. Он придает необходимую гибкость рыночному механизму, создает предпосылки инновационного развития экономики, формируя, с одной стороны, соответствующую конкурентную среду, а с другой – генерируя основные нововведения.

Малое предприятие (МП) – это предприятие с малым количеством занятых. Впервые этот термин использовал британский министр М.Миллан в 1931 году в докладе о промышленном и финансовом состоянии Великобритании. В мировой практике до настоящего времени не установлен единый критерий разграничения малых и больших предприятий. При отнесении предприятия к субъектам малого предпринимательства используются различные количественные (например, численность занятых, годовой объем производства, годовой объем продаж и др.) и качественные критерии (доля на рынке, сфера деятельности и др.).

По целям деятельности малые предприятия, как правило, не отличаются от крупных. Однако, как показывает опыт, небольшие предприятия, играя важную социально-экономическую роль в обществе, менее выживаемые в рыночной среде и поэтому нуждаются в государственной поддержке. Учитывая это обстоятельство, практически все государства используют определенные параметры, чтобы с их помощью отделить МП от больших и законодательными актами защитить первые от быстрого разорения. В РБ, например, к малым относятся предприятия с численностью до 100 человек в промышленности, до 60 человек в сельском хозяйстве, в бытовом обслуживании – до 30 человек и т.д.

Достоинства малого бизнеса следующие: независимость действий; возможность принятия гибких и оперативных решений; адаптация к местным условиям; позитивное общественное мнение; самофинансирование; шансы на быстрый материальный успех; возможность совмещения нескольких профессий; долгосрочные выгоды; самозанятость; самореализация личности.

По данным ООН, в мировой хозяйственной системе малые и средние предприятия являются работодателями почти для 50% трудового населения всего мира. При этом объем производства в данной сфере составляет от 33 до 66 % национального продукта. Кроме того, данный сектор экономики более динамично создает новые рабочие места. Одна из причин успешного развития малого и среднего бизнеса в странах с развитой экономикой заключена в том, что крупное производство не

противопоставляется мелкому. В развитых странах культивируется принцип кооперирования крупных и малых предприятий. Причем, крупные объединения не подавляют малый бизнес, а взаимодополняют друг друга, особенно в сфере специализации отдельных производств и в инновационных разработках.

Хотя «визитной карточкой» любого развитого государства являются крупные предприятия, а наличие мощной экономической силы – крупного капитала – в значительной мере определяет уровень его научно-технического и производственного потенциала, основой жизни стран с рыночной системой хозяйствования являются малые предприятия как наиболее массовая, динамичная и гибкая форма деловой жизни. Именно в секторе малого бизнеса создается и циркулирует основная масса национальных ресурсов, которые являются питательной средой для среднего и крупного бизнеса.

## **КАКОВЫ КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ?**

*Ахтерякова И.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней № 1*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.Д.Маслакова*

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) занимает 2-3 место в структуре заболеваний. Летальность от данной патологии достигает 20-25%. Основная причина летальности – полиорганная недостаточность на фоне токсемии. Ключевым звеном в лечении панкреонекроза (ПЖ) является борьба с энзимным эндотоксикозом. При молниеносном (фульминантном) течении заболевания субтотальная резекция ПЖ является единственным шансом для спасения жизни больного.

Целью нашей работы является изучение компенсаторных возможностей ткани ПЖ после её резекции.

С 2001 по 2006 год в УЗКБ г.Гродно было прооперировано 9 больных с ОДП. Им выполнили резекцию ПЖ, спленэктомию, марсупилинизацию, дренирование сальниковой сумки. Из 9 пациентов 1 (11,1%) больной погиб. Средний возраст прооперированных составил 45 лет и варьировал от 29 до 68 лет. У всех больных при поступлении имела место гипергликемия. Среднее значение глюкозы при госпитализации – 9,8, колебания составляли 5,6 – 14,3 ммоль/л. Диастаза повышалась от 508,9 до 6239,9 (средняя – 2047,3). У 4 (66,8%) больных определялся сахар в моче, у 2 (33,2%) он отсутствовал. В день проведения операции гликемия варьировала от 4,9 до 10,8 ммоль/л (средняя – 9,0), диастаза – от 82,7 до 2125,7 (средняя – 837,8). Сахар в моче у 4 (66,8%) пациентов оставался положительным, у 2 (33,8%) – отрицательным. Средний уровень глюкозы в первый день после выполнения операции – 8,9. Колебания составили 4,4 – 14,8 ммоль/л. Среднее значение диастазы равнялось 194,5 и изменялось от 22,5 до 615,7. У 5 (83,4%) больных в моче присутствовал сахар, у 1 (16,6%) – отсутствовал. К седьмому дню послеоперационного периода среднее значение глюкозы стало 7,9 и варьировалось от 4,8 до 11,7 ммоль/л. Средний уровень диастазы уменьшился до 79,4 и изменялся в пределах от 8,1 до 166,6. Было замечено, что за время пребывания в стационаре максимальная гипергликемия наблюдалась на девятые сутки послеоперационного периода. Колебания глюкозы составляли 6,1 – 14,0 ммоль/л (средняя – 10,6). Также к девятому дню повышалась диастаза. Её значения варьировали от 22,8 до 1054,2 (средняя – 278,1). На фоне корригирующей терапии инсулином показатели стабилизировались. В день выписки из стационара (средний койко-день –

3,5 недели) гликемия изменялась в пределах от 4,3 до 7,0 ммоль/л (средняя – 5,5), диастаза – от 18,8 до 115,5 (средняя – 62,8). У всех пациентов сахар в моче отсутствовал.

До проведения операции количество сахара в крови было превышено, причем уровень глюкозы превышал нормальные значения в 2-3 раза. Спустя сутки после резекции ПЖ количество глюкозы снизилось. Тенденция к снижению показателей отмечалась и в последующие дни. При ретроспективном анализе было замечено, что на фоне постоянного, равномерного уменьшения уровня глюкозы в послеоперационном периоде, наблюдается резкий «скачок» показателей на девятые сутки с последующим их снижением. Диастаза в дооперационном периоде была повышена. После резекции её уровень стал уменьшаться, но на девятые сутки отмечен резкий подъём. Коррекция показателей углеводного обмена в послеоперационном периоде проводилась путём инсулинотерапии. Дозы инсулина подбирались индивидуально, так как потребность в его назначении у всех пациентов различна. Некоторые больные обходились без инсулина.

Таким образом, компенсаторные возможности ткани ПЖ после резекции весьма вариабельны, и гликемические нарушения требуют индивидуальной коррекции. Частота пострезекционного сахарного диабета высока, но имеются случаи полной компенсации процесса.

## **МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ**

***Бабер С.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Скренда А.С.*

Для повышения эффективности восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) наряду с медикаментозной терапией все активнее применяются и немедикаментозные методы воздействия (В.М. Альхимович, 1995). Получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что физические тренировки уменьшают частоту повторного инфаркта миокарда, снижают инвалидность и смертность, сокращают сроки временной нетрудоспособности. Под действием дозированных физических нагрузок улучшается кровоснабжение участков миокарда, находящихся в состоянии гипоксии, увеличивается экстракт кислорода из крови (Ф.З. Меерсон, 1988).

В работе изучались показатели велоэргометрии (ВЭМ) у 20 больных прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН), у 12 из них проводились велотренировки как один из методов физической реабилитации больных ИБС. Все больные получали базисную медикаментозную терапию (нитраты,  $\beta$ -блокаторы, калий-поляризирующий раствор).

ВЭМ проводили в первую половину дня натощак или не ранее чем через 2 часа после приема пищи. Утром, в день выполнения теста, больные не принимали лекарственных препаратов. Обследование проводилось в положении сидя на велоэргометре, выполнялась непрерывная ступенчато-возрастающая нагрузка с 25 Вт. Длительность выполнения каждой ступени составляла 3 минуты. В ходе тестирования осуществлялся контроль ЭКГ в отведениях по Небу в исходном состоянии, после каждой минуты степени нагрузки, а также на первой, третьей, пятой и седьмой минутах восстановительного периода.

Определялись следующие показатели: двойное произведение (ДП) или индекс Робинсона, пороговая мощность.

Контролируемые велотренировки начинались в среднем на 9-10 сутки от начала прогрессирования после стабилизации клинико-инструментальных показателей. велотренировки продолжались 10 дней, интенсивность их составляла 50% пороговой мощности и проводилась по методике, предложенной БелНИИ кардиологии. После чего проводилась повторная ВЭМ.

Исходные пороговая мощность и ДП у больных ПСН были сниженными в обеих группах, что свидетельствует о низкой толерантности к физической нагрузке.

После 9-10 - дневного лечения с включением велотренировок пороговая мощность увеличилась до  $99,4 \pm 6,9$  Вт ( $P < 0,05$ ), ДП – до  $180,1 \pm 94$  ед. ( $P < 0,05$ ).

Увеличение пороговой мощности, ДП указывает, что включение в комплексное лечение ПСН физических тренировок повышает толерантность к физической нагрузке.

В контрольной группе больных, получающих только медикаментозное лечение, показатели ВЭМ не изменились.

Таким образом, отмечено повышение толерантности к физической нагрузке у больных ПСН с велотренировками и отсутствие его у данных больных без велотренировок. Вышеназванное свидетельствует, что 9-10 - дневные велотренировки положительно влияют на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у больных ПСН и они могут применяться как реабилитационные мероприятия у данных больных.

## **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*Бабер С. И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель- аспирант Колешко С.В.*

Заболеваемость острым панкреатитом как в Беларуси, так и за рубежом неуклонно растет и составляет от 8 до 12% в структуре заболеваний экстренной абдоминальной хирургии, стойко занимая 3 место. Доля пациентов с деструктивными формами острого панкреатита составляет 15-58%. При этом прогноз при деструктивных формах весьма серьезный, летальность, в зависимости от распространенности некроза, составляет 20- 45%. Таким образом, проблема острого панкреатита является в настоящее время одной из важнейших как в медицинском, так и в социальном плане для всех стран мира.

**Цель исследования** состоит в проведении ретроспективного анализа результатов лечения больных с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита.

**Материал и методы.** С 1999 по 2006гг. в клинике общей хирургии находилось на лечении 2652 больных с острым панкреатитом. Из них хронический рецидивирующий панкреатит был диагностирован у 1059 (39,9%), острый - у 1593 (60,1%). Среди пациентов с острым панкреатитом, некротический панкреатит установлен у 99 (6,2%) больных в возрасте от 28 до 84 лет, при этом мужчин было 84 (84,8%), женщин 15 (15,2%). Среди этиологических факторов развития острого некротического панкреатита у лиц пожилого и старческого возраста преобладала желчекаменная болезнь и ее осложнения (23,2%), у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов (76,8%). Поскольку успех лечения напрямую зависит от сроков госпитализации в стационар, нами установлено, что в

течение первых суток от начала заболевания было госпитализировано 23 (23,3%) пациента, от 24 до 48 часов- 34 (34,3%) и позже двух суток- 42 (42,4%). Все больные госпитализировались в отделение реанимации, где проводилась интенсивная консервативная терапия.

**Результаты и их обсуждение.** У 70 (70,7%) больных в связи с наличием ферментативного перитонита выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, у 39 (55,7%) из них была сформирована декомпрессионная холецистостома. У 19 (19,2%) пациентов пожилого и старческого возраста с отягощенным анамнезом выполнялось чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. В связи с развитием гнойных осложнений у 29 (29,3%) больных возникли показания к лапаротомии. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная инфузионная терапия, включающая дезинтоксикационную и посиндромную терапию. Умерло 11 пациентов, послеоперационная летальность составила 37,9%. Без оперативного вмешательства умерло 12 пациентов, летальность составила 17,1%.

При аутопсии изменения в миокарде были выявлены в 18 случаях- 78,3%, поражения легких отмечены в 20 случаях- 86,9%, печеночная недостаточность выявлена у 15 пациентов- 65,2%, поражение почек наблюдалось у 17 пациентов- 73,9%.

**Заключение.** Таким образом, наиболее значимыми факторами, влияющими на результаты лечения больных гнойно-некротическим панкреатитом, являются распространенность некроза поджелудочной железы и клетчатки забрюшинного пространства, своевременность оперативного пособия, сопутствующая патология и осложнения со стороны систем жизнеобеспечения, а также сроки предоперационного и догоспитального периодов.

## **АРИТМИИ У ДЕТЕЙ (СТРУКТУРА И ЭТИОЛОГИЯ В 2005-2007 ГОДАХ)**

***Багдевич Е.А., Торчило Н.Н.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Лашковская Т.А.*

Нарушения сердечного ритма у детей столь же многообразны, как и у взрослых, могут быть врожденными и приобретенными [1, 2]. Данные о распространенности аритмий у детей немногочисленны и часто противоречивы [1].

Основной целью данного исследования явилось изучение структуры и этиологии нарушений ритма у детей.

Проанализированы медицинские карты 60 детей в возрасте от 7 дней до 17 лет, находившихся на лечении в Гродненской областной детской клинической больнице в 2005-2007гг. Мальчиков среди обследованных было 34 (56,7%), девочек -26 (43,3%).

По возрасту дети с нарушениями ритма сердца распределились следующим образом: с 7 дней до 1 года – 8 (13,5%), с 1 года до 3 лет – 8 (13,5%), с 3 до 6 лет - 3 (5,0%), с 7 до 10 лет – 13 (21,6%), с 11 до 17 лет – 28 (46,7%).

Анализ результатов исследования показал, что в 42 (70,0%) случаях аритмии встречаются у детей, проживающих в городской местности. Лидирующее место среди нарушений ритма сердца занимает экстрасистолия - 28 (46,7%); на втором месте пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия 12 (20,0%); на третьем месте синдромы предвозбуждения желудочков – 8 (13,3%). Реже у детей диагностировались следующие аритмии: синдром дисфункции синусового узла у 3 детей, парасистолия у 2 детей, врожденная АВ-блокада I степени у 2, полная блокада правой ножки пучка Гиса

у 2, АВ-диссоциация у 1 ребенка, синдром удлинения интервала QT у 1, синусовая брадикардия у 1 ребенка.

При изучении причин нарушений ритма сердца у каждого четвертого ребенка (25,0%) выявлены малые аномалии развития сердца (пролапс митрального клапана I степени, ложные хорды левого желудочка, функционирующее овальное окно). У детей старшего возраста причиной нарушения ритма сердца явилась вегетативная дисфункция с исходной ваготонией – 15,0%. Ревматический миокардит диагностирован у 3 детей; врожденный порок сердца (вторичный дефект межпредсердной перегородки) у 2 детей; хроническая миокардиодистрофия у 2; постмиокардитический кардиосклероз у 1 ребенка в возрасте 13 лет. У 12 (12,0%) детей установить причину нарушения ритма сердца не удалось.

Выводы:

1. Нарушения ритма сердца чаще диагностируются у детей, проживающих в городской местности, и манифестируют в подростковом возрасте.
2. Лидирующее место среди аритмий у детей занимают экстрасистолии, суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия и синдромы (феномены) предвозбуждения желудочков.
3. У каждого четвертого ребенка причиной нарушения ритма являются малые аномалии развития сердца.

Литература:

1. Лебедькова С.Е., Евстигнеева Г.Ю., Дарвиш А.А., Говорун З.А. Распространенность нарушений ритма сердца и проводимости у новорожденных, как одного из клинических вариантов синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы / Анналы аритмологии, 2005. - №2. – С. 163.
2. Мутафьян О.А. Аритмии сердца у детей и подростков. – СПб.: Невский диалект, 2003. – 224с.

## **АКТИВНОСТЬ ФОСФАТАЗ В ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ**

*Байчук Е.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

*Научный руководитель – к.б.н., доцент Леднева И.О.*

В патогенезе алкоголизма важную роль играет повреждение клеток печени. Отмена алкоголя после длительной алкоголизации способствует накоплению ацетальдегида и других метаболитов, обладающих повреждающим действием, что является дополнительным фактором, влияющим на активность ферментов. Кислая и щелочная фосфатазы (КФ и ЩФ) выполняют в печени функции, связанные с процессами трансфосфорилирования и обеспечением работы фосфатно-буферной системы. Имеются данные о повышении активности щелочной фосфатазы у больных с алкогольным делирием [1].

Целью данного исследования явилось изучение активности фосфатаз в печени крыс при моделировании алкогольного абстинентного синдрома.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах самцах массой 180-200 г. Животные были разделены на 5 групп по 6-8 крыс. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) вызывали внутрижелудочным (в/ж) введением этанола по Майхровичу. 25%-й раствор этанола вводили 2 раза/сутки по 5 г/кг массы тела в течение 5 сут. Контрольная группа крыс (I группа) получала 0,9% раствор NaCl в/ж, дважды в сутки, в течение 5 сут. Декапитацию крыс проводили через 3 часа (II группа),

через 1 сутки (III группа), 3 суток (IV группа) и 7 суток (V группа) после последней инъекции этанола.

В гомогенатах печени определяли активность кислой и щелочной фосфатазы при помощи стандартных диагностических наборов НТПК «Анализ-Х». Белок определяли по Лоури. Достоверность различий между группами оценивали параметрическим методом с применением *t* критерия Стьюдента.

Через 3 часа (II группа) после 5-дневного введения крысам этанола в печени крыс выросли активности ЩФ и КФ на 33,8% и 26,7%, соответственно. Известно, что ЩФ участвует в трансфосфорилировании различных субстратов с участием АТФаз и креатинфосфокиназы [1,2]. Повышение активности ЩФ в печени при хронической алкогольной интоксикации может быть связано с участием фермента в усилении выхода глюкозы из тканей путем дефосфорилирования глюкозо-6-фосфата, на который существенно влияют не только этанол, но и его метаболиты [1]. Через 1 сутки после отмены алкоголя (III группа) сохранилась повышенная активность ЩФ на 38,3% и КФ на 24%. На 3 и 7 суток отмены этанола активности КФ снижались до уровня контроля. Повышение активности ЩФ наблюдали в группе ААС-7 суток, но не на 3 сутки отмены.

Таким образом, отмена поступления этанола в организм подопытных крыс после 5-дневного внутрижелудочного введения этанола вызывает достоверные сдвиги в активности изученных ферментов. При ААС наблюдается повышение активности ЩФ практически во все сроки отмены алкоголя, что может свидетельствовать об усиленном дефосфорилировании некоторых метаболитов, в т.ч. глюкозо-6-фосфата и их активном выходе из гепатоцитов. Можно предположить, что наблюдаемые метаболические сдвиги являются следствием адаптации клеток печени к отмене этанола после интенсивной алкогольной нагрузки.

#### **Литература:**

1. Биохимия и алкоголизм (II): Биохимические показатели при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме / И.М. Рослый [и др.] // Вопросы наркологии. – 2004.- № 3. – С.69-77.
2. Биохимия и алкоголизм (I): Метаболические процессы при алкоголизме / И.М. Рослый [и др.] // Вопросы наркологии. – 2004.- № 2. – С.70-79.

## **ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕРИТОНИТОМ**

***Бакунов В.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель - к.м.н., доц. Маслакова Н.Д.*

Острая кишечная непроходимость (ОКН) издавна считается одним из наиболее грозных патологических состояний в неотложной абдоминальной хирургии. Справедливость этого суждения постоянно подтверждается клинической практикой, в которой кишечная непроходимость иногда создаёт чрезвычайно сложные ситуации. Несмотря на значительный прогресс, перитонит остаётся одним из частых осложнений ОКН.

По литературным данным, послеоперационная летальность при кишечной непроходимости колеблется от 1,7% до 13%, а при осложнении её перитонитом доходит до 40%. На этом фоне своевременная диагностика и связанное с этим начало лечения ОКН и её гнойно-септических осложнений является чрезвычайно важной задачей. Поскольку кишечная непроходимость является одним из наиболее часто



встречающихся острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, дающих высокую летальность, вопросы усовершенствования её диагностики являются по-прежнему актуальными.

За период с 1.01.2002 г. по 31.12.2006 г. в хирургическом отделении УЗ “Узловой клинической больницы города Гродно” по поводу ОКН было произведено 80 хирургических операций.

Наблюдались больные от 18 до 89 лет. Средний возраст составил 57,35 лет. Мужчин было прооперировано 37, что составило 46,25%; женщин-43 (53,75%).

Наибольшую группу причин составила спаечная кишечная непроходимость (43 больных) - 53,75%. Опухоли были причиной заболевания в 23 случаях (соответственно, 28,75%). Заворот был выявлен у 5 человек (6,25%). Внутреннее ущемление присутствовало у 4 больных (5,0%). В 3 случаях (3,75%) причиной была инвагинация. Явления желчекаменной обтурации найдены у 2 человек (2,5%).

В приведённых случаях течение острой кишечной непроходимости осложнялось перитонитом в 13 случаях, что составило 16,25% от всех случаев.

Больным была оказана помощь через различные промежутки времени от начала заболевания. До 6 часов операция была произведена 58,4% нуждающимся в экстренной операции. В периоде времени от 6 до 12 часов -20,8%. От 12 до 24 часов, соответственно - 11,3%. Позже 24 часов операция производилась 9,5% оперированных.

Для улучшения условий исследования при ОКН может проводиться рентгеноконтрастное исследование методом энтерографии. При этом существенно сокращается время исследования: сразу после введения контрастной массы в кишечник создаётся возможность оценки рельефа слизистой оболочки проксимальных отделов. Кроме того, это исследование является и лечебным мероприятием, поскольку методика его проведения предусматривает декомпрессию проксимальных отделов кишечника.

Рентгеноконтрастное исследование методом энтерографии позволяет на более ранних стадиях поставить диагноз высокой ОКН, наиболее трудной в диагностическом отношении. Это даёт возможность ранее начать адекватное лечение, провести оперативное вмешательство и, в конечном итоге, улучшить результаты лечения больных с высокой ОКН.

#### **Литература:**

1. Милюков В.Е., Сапин М.Р. Патогенетические механизмы развития перитонита при острой тонкокишечной непроходимости/ Хирургия.- №7.- 2005.- С. 40-45.
2. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза/ Декабрьские чтения по неотложной хирургии.- Т.5.- 2000.- С. 70-76,78-80,106-111.
3. Ерюхин И.А., Петров В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость/ Руководство для врачей.- СПб,- 1999.- С. 97-98,114-115,252-253.

## **ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

***Бакунов В.В., Иноземцев Э.Г.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – к.м.н., ассист. Василевский В.П.*

Несмотря на широкий диапазон мнений о лечении язвенной болезни, общепринятым и оправданным является подход к хирургическому лечению осложнений язв желудка и 12-перстной кишки [1].

В хирургическом отделении ГУ 1134 ВМЦ ВС РБ за последние 5 лет в плановом и экстренном порядке было оперировано 24 больных по поводу осложненной язвенной

болезни желудка и 12-перстной кишки. Наибольшее число оперированных (22) имело осложненное течение язвенной болезни 12-перстной кишки. На основании данных, полученных в результате исследования и интраоперационной ревизии, в большинстве случаев язва выявлена на передней стенке 12-перстной кишки – 15 (68,2%) больных. У 3 (13,6%) пациентов установлена ее локализация на задней стенке, у 2 (9,1 %) больных имелись язвы заднемедиальной (боковой, большой кривизны), еще у 2 (9,1%) – переднелатеральной (боковой, малой кривизны) стенок 12-перстной кишки. Две осложненные язвы желудка располагались на малой кривизне (1 тип по Н.Д. Johnson) и в препилорическом отделе (Ш тип по Н.Д. Johnson) [2]. В двух случаях имело место наличие сопутствующей хирургической патологии брюшной полости (хронический калькулезный холецистит и артерио-мезентериальная дуоденальная непроходимость). Острые осложнения, потребовавшие хирургического лечения, наблюдались у 11 больных (перфорация – 8(33,3%), повторные или рецидивные кровотечения – 3 (12,5%)). Явившиеся показаниями к операции хронические осложнения развились у 10 пациентов. Субкомпенсированный и декомпенсированный пилородуоденальный стеноз был у 8 больных (33,3%), пенетрация дуоденальной язвы у 1 (4,2%) и малигнизация циркулярной препилорической язвы – у 1 (4,2%) оперированной. У 3-х (12,5%) больных диагностировано сочетание двух осложнений (кровотечение + стеноз – 1, пенетрация + стеноз – 1, перфорация + кровотечение – 1). В большинстве случаев у 18 больных операциями выбора явились органосохраняющие и дренирующие желудок операции (двухсторонняя стволовая ваготомия + пилоропластика по Финю – 17 и по Гейнеке-Микуличу – 1). Резекция желудка в различных модификациях осуществлена 3 пациентам (дистальная субтотальная – 1, по Ру-Габереру – 1 и Гофмейстеру-Финстереру – 1). При прободениях 3 больным произведено ушивание перфоративного отверстия. У двух пациентов при наличии сопутствующей хирургической патологии выполнены симультанные брюшнополостные операции. Хирургическое лечение осложнений язвенной болезни дополнено холецистэктомией и наложением дуоденоанастомоза «бок в конец». Положительный клинический результат получен во всех случаях. У 1 больного после стволовой ваготомии и пилоропластики по Финю в течение нескольких недель сохранялись явления достаточного выраженного гастростаза и анастомозита, купированные консервативными мероприятиями с включенными в схему прокинетиков, М,Н-холиномиметиков, ганглиоблокаторов и электростимуляции).

Таким образом, по данным рассмотренного материала, преобладающими осложнениями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, потребовавших оперативного лечения, явились пилородуоденальный стеноз и перфорация. Органосохраняющие хирургические патогенетические операции являются, безусловно, эффективным методом лечения большинства как острых, так и хронических осложнений язв 12-перстной кишки.

#### **Литература:**

1. Пугаев А.В. и др. Лечение больных с пилородуоденальным стенозом // Хирургия. – 2007. - №10. – С. 23-27.
2. Шорох Г.П., Климович В.В. Язвенные гастродуоденальные кровотечения (тактика и лечение) // Минск.: «Промпечать», 1998. – 155 с.

## МЕДИЦИНА В ЗЕРКАЛЕ ИСТОРИИ

*Балбатун Е.Я.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель - ст. преподаватель Вылегжанина О.Е.*

Объект исследования: античная, восточная и славянская терминология, связанная с историей развития медицины.

Цель исследования: а) сравнить и проанализировать основополагающие факты истории античной и славянской, восточной и европейской медицины (европейская медицина базируется на принципе рационализма, восточная – на использовании канонизированных правил со ссылкой на древние предания, античная медицина основывается на гуморальной теории); б) доказать связь медицины с другими науками, в том числе с религией, неразделимость тела и души; в) понять и объяснить историю происхождения медицинских символов и актуальность их использования в настоящее время.

Методы. При подготовке работы были использованы методы комплексного и сравнительного анализа, а также метод выборки терминов, основополагающих понятий и исторических фактов.

Результаты. При анализе медицинских терминов и понятий были выявлены существенные различия в терминах, называющих богов (Изида – богиня судьбы и врачевания в Древнем Египте, Имхотеп – покровитель врачей в Древнем Египте, Асклепий – греческий бог врачевания, Панацея – греческая богиня фармации), мифических животных (Фенг в Китае, Рух – у мусульман, Симуург – у персов, Жар-птица – в русском фольклоре, Кьюнг в мифологии Тибета – птица-защитник от многих бед и болезней). Также были выявлены различия в терминах, относящихся к различным разделам медицины (например, в фармакологии название одного и того же лекарственного растения на языках различных народов обозначается по-разному: «кошачьи лапки» в русском, cat's foot в английском, pied de chat во французском, katzenpfotchen в немецком, rescati в латинском), в методах диагностики, применяемых в античной, восточной, европейской и славянской медицине. А также выяснилась основная черта древних культур – символический, «пралогический» характер мышления (медицинская символика, в которой отражается восприятие жизни и смерти, этиология и патогенез, древние способы врачевания, методы лечения).

Выводы: У врача есть три орудия: «слово, растение и нож». Медицинские знания интегративны по своей сути (согласно Платону, «как для здоровья и болезни, так и для добродетелей и порока не существует большей соразмерности, чем между душой и телом...»).

Область применения: данный материал может применяться при подготовке специалистов-медиков, в филологии для получения подробной информации и общего представления об истории развития медицины, поскольку потребность в обращении к истории медицинских знаний, так как «в ней найдены и начало и метод», становится все более очевидной.

# ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИФИЛИСА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Барцевич И.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

За последние годы в Республике Беларусь, благодаря усилиям со стороны различных медицинских служб и государства в целом, удалось снизить уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, в том числе и сифилиса.

Изучение состояния и динамики заболеваемости сифилисом населения Республики Беларусь свидетельствует, что два последние десятилетия характеризуются подъемом и спадом уровня исследуемой патологии. Пик сифилитической инфекции приходится на 1996 год (210,9 случая на 100000 населения) с последующим ежегодным снижением ее уровня до 32,7‰ в 2005 году.

Рассматривая наметившуюся тенденцию снижения заболеваемости сифилисом в республике, следует обратить внимание на отдельные регионы, где уровень и темпы снижения инфекции порою отличаются более чем в два раза (Гродненская область – 20,8, Витебская область – 54,6 случая на 100000 населения, 2005г.).

По этой причине регионы страны по интенсивности процесса (на 100000 жителей) можно условно разделить на три группы:

- низкий уровень заболеваемости – до 21 случая (Брестская, Гродненская области, г. Минск);
- средний уровень заболеваемости – от 21 до 41 случая (Минская, Могилевская, Гомельская области);
- высокий уровень заболеваемости – свыше 41 случая (Витебская область).

Несмотря на высокие темпы снижения сифилитической инфекции (в среднем 25% ежегодно), достигнуть уровня заболеваемости, например, Франции (0,71‰), можно только через 10 лет.

В связи с этим представляется важным исследование уровня заболеваемости сифилисом в зависимости от места жительства, возраста и пола.

Изучение сифилиса в разрезе пола показало, что среди мужчин показатель заболеваемости в 1,1 раза выше относительно женщин. Однако статистически это различие не подтверждается ( $t=0,7$ ;  $P>0,05$ ). В динамике прослеживается более интенсивное снижение уровня сифилитической инфекции у женщин, вследствие чего увеличивается разница показателей в половом аспекте в 1,2 раза в сторону мужчин.

Возрастной группой риска, где регистрируется наиболее часто сифилис, у мужчин является интервал в 20-29 лет, а у женщин – 18-19 лет. Причем, в динамике темпы снижения заболеваемости у мужчин во всех возрастных группах примерно одинаковы, а у женщин они выше в раннем молодом возрасте (до 20 лет). Несмотря на это, уровень заболеваемости лиц женского пола в возрасте до 20 лет практически в 2,0 раза выше по сравнению с мужчинами этой возрастной группы.

Обращают на себя внимание тенденции распространенности сифилиса в зависимости от места жительства.

## **ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

*Басай Е.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Новообразования занимают особое место в современной медицине в связи с неуклонным ростом заболеваемости и крайней необходимостью ранней диагностики. Онкологические заболевания - одна из основных причин смертности и инвалидности. Поэтому изучение причин и закономерностей развития онкологических заболеваний среди населения является одной из важнейших задач в современном здравоохранении. В связи с чем нами была поставлена цель: изучить уровень и структуру госпитализированной заболеваемости взрослого населения. Статистически было обработано 636 карт выбывшего из стационара Гродненского областного онкологического диспансера за 2006 год.

Первое место в структуре госпитализации занимает рак прямой кишки (23,1%), второе место – рак желудка (23%), третье место – рак ободочной (21,4%).

Большую часть госпитализированных составили мужчины (51,1%). Но среди госпитализированных с раком ободочной кишки, пигментным невусом, полипами преобладали женщины, соответственно, их удельный вес составил 55,1%; 76,6%; 65,8%.

Наиболее часто госпитализировались лица в возрастной группе старше 60 лет (51,7%). А вот реже всего в группе 18-30 лет (9,6%). Но среди больных, госпитализированных с пигментным невусом, три из четырех (73,3%) имели возраст 18-30 лет.

Средний срок госпитализации составил 13 дней. Наименьшее количество дней пребывали в стационаре больные с пигментным невусом – 6 дней. Почти каждый третий больной госпитализировался в осенний период. Большая часть (69,7%) пациентов проживала в городской местности. Только 9,7% больных госпитализировалось в стационар повторно. У каждого четвертого (78,4%) проводилось оперативное вмешательство. 15,4% больных госпитализировалось в стационар с сопутствующей патологией. Причем, у 61% из них зарегистрирована ишемическая болезнь сердца. При выписке из стационара лишь у 4% пациентов функциональный класс ухудшился.

Таким образом, полученные нами результаты необходимо учитывать при планировании организации онкологической помощи взрослому населению.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КУЛЬТУРЫ**

*Батырова О.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра гуманитарных наук  
Научный руководитель – к.и.н., профессор Лукьянова Л.И.*

Всем хорошо известно, что человек фактически начался с появлением у его предков первых элементов культуры в виде своеобразных психических образований, регулирующих поведение и межличностное общение. Из этого можно сделать вывод,

что в отличие от животного, человек рождается дважды: первый раз физически, второй – в духовном реакторе культуры. Именно это «второе рождение» является самым важным, так как дети человека, воспитанные животными – нежизнеспособны.

Широко распространено мнение, что культура, будучи исключительно результатом обучения, не имеет никакого отношения к системам биологического наследования функций. Но американские исследователи Э.Уилсон и Ч.Ламсен допускают возможность «генно - культурной передачи», во всяком случае, в самом общем плане. {1}

В наши дни уже нет сомнения в том, что, несмотря на свою уникальную способность к обучению, человек не рождается на свет, представляя собой «tabula rasa» и во многих отношениях он как бы заранее запрограммирован. Его системы переработки информации настроены на восприятие вполне определенного круга стимулов, и на то, чтобы отвечать на них определенными действиями. В одной из них исследуется «гипноз делающих культур», во второй – феномен культуры как особая форма гипнотической защиты.

Давайте приступим к обсуждению первой стороны проблемы. Человеческую культуру всегда делали и делают люди. Никто из них не начинал с абсолютного нуля, но это не снижает их личной значимости в сознании общества и отдельных людей. Идеи отдельных гениев становились учениями, верой масс, овладевали душами и в конечном счете преобразовали мир. С великим почетом мы говорим об этике Конфуция, логике Аристотеля, «Сикстинской мадонне» Рафаэля и других, осветивших глубинные проблемы человеческого бытия в смысле моральных ценностей, но в этом случае речь идет не только о масштабности дел гениев, но и о необычном влиянии их личности и творчества на человечество в целом.

В теории, основанной на культе гения, М.Вебер предложил термин «харизма». Это некая гипнотическая сила, присущая вождям, которые повергают массы в транс и становятся объектами их обожания (Черчилль, Сталин, Тито и другие). {2}

Теперь рассмотрим вопрос о специфике влияния на социум культуры. Впервые тезис о защитной роли культурных «надстроек» в жизни человечества сформулировал З.Фрейд. «Религия и невроз – это защита против неуверенности и страха, порожденных подавленными влечениями». {3}

Г.Рохейм воспринимал культуру, как творение Эроса. Человеку после рождения предстоит длительный период обучения, и учреждения культуры способствуют выполнению этой задачи.

Когда в XX веке вышла книга немецкого социального психолога Т.Ахелиса «Экстаз и его роль в культуре», мысль о терапевтической роли культуры в обществе была существенно актуализирована.

Следовательно, культура формирует своеобразный «надбиологический» язык, который способствует более эффективному информационному обмену индивидуума как с внешней средой, так и с самими носителями культуры. Основы этого языка усваиваются в рамках важнейшей закономерности: ребенок должен получить культурные навыки и знания в наиболее благоприятном для этого возрасте.

#### **Литература:**

1. Гримак Л. Терапевтические функции культуры и человека. //Человек 2002, № 4, с. 78
2. Вебер М. Экономика и общество. М., 1997, с. 251;
3. Фрейд З. Будущее одной иллюзии и основной инстинкт. М., 1997, с. 401;

# **ЯЗЫКОВЫЕ СРЕДСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ.**

*Башкевич Е.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – старший преподаватель Разводовская Я.В.*

Язык является мощным средством коммуникативного воздействия. Языковые ресурсы позволяют не просто описывать какую-либо ситуацию внешнего мира, но и управлять восприятием ситуации и навязывать ее положительную или отрицательную оценку.

Воздействие может обращаться к чувствам человека, прежде всего, к страху, гневу, ненависти. Многие слова эмоционально окрашены и, выбирая определенную лексику, человека можно разозлить, запугать и таким образом определить его поведение. Результатом воздействия может быть привлечение внимания, восприятие информации, наличие заинтересованности, согласие на действие.

Существуют некоторые сферы жизни, в которых речевое воздействие, а часто и подлинное языковое манипулирование практикуются особенно часто и играют очень важную роль. Одной из таких сфер является реклама. Отличительной особенностью рекламной продукции является ее направленность на продвижение рекламируемого продукта или услуги на рынке. Реклама оказывает коммуникативное воздействие на целевую аудиторию – потенциального потребителя продукта или услуги, расширяя знания о продукте, убеждая в его преимуществах, сообщая о реальных или символических выгодах для потребителя и т.д., тем самым, создавая предрасположенность к выбору данного продукта или услуги.

Целью данного исследования явилось выявление специфических лингвистических характеристик языка рекламы лекарственных средств и медицинских услуг на уровне семантики, лексики, синтаксиса, фразеологии, а также возможностей эмоционального воздействия этих средств на потенциального потребителя рекламируемой продукции.

Сопутствующей задачей исследования было сравнение лингвистических особенностей языка рекламы на материале русскоязычной и англоязычной продукции при их воздействии на чувства и эмоции потенциальных потребителей рекламируемой продукции медицинских средств и услуг.

Методы исследования. При проведении исследования был использован описательный метод, а также метод анкетирования потенциальных потребителей.

Результаты исследования. В ходе исследования были выявлены следующие особенности языка рекламы: активное использование эмоционально окрашенных слов и усилителей, а также низкочастотных слов для создания импрессивности фраз; максимальное использование идиом для создания образности. На уровне грамматики отмечается минимальное использование отрицательных форм во избежание негативного впечатления; для усиления призыва к действию используются глагол в форме императива, а также конструкции, приглашающие к совместному действию. Особенностью синтаксической организации текста является краткость и эллиптичность предложений. Сила воздействия, экспрессия, способность вызвать строго определенную ответную реакцию у потенциального потребителя достигается комбинацией вышеперечисленных языковых средств, а также рядом невербальных средств, включая изображение, размещение текста, комбинирование шрифта и т.д. Сравнение языковых особенностей англоязычных и русскоязычных рекламных текстов

позволяет сделать вывод об их сходстве при исследовании потенциала их эмоционального воздействия.

Результаты исследования могут быть использованы при составлении текстов рекламы лекарственных средств и медицинских услуг специалистами учреждений здравоохранения, а также для образовательных целей пациентов, нуждающихся в разъяснительной помощи медработников в условиях обилия рекламы медицинской продукции.

## **ДИНАМИКА РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Бегер Т.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь.*

*Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии*

*Научный руководитель - ассистент Кринец Ж.М.*

Клиническая рефракция - это преломляющая способность глаза, обусловленная его анатомическим строением и оптической силой сред при спокойном состоянии аккомодации.

В клинике различают три вида рефракций. Эмметропия, или соразмерная рефракция глаза, характеризуется тем, что параллельные лучи, попадая в глаз и преломляясь его средами, соединяются на сетчатке, благодаря чему видимый предмет воспринимается ясно. Гиперметропия – дальнозоркость - представляет собой слабую рефракцию глаза, а миопия - близорукость - является сильной рефракцией.

Обработке были подвергнуты результаты исследования клинической рефракции глаза и общих заболеваний у студентов нашего университета I и V курсов. Данные рефракции за I курс и перенесенные заболевания изучались по амбулаторным картам здравпункта. Состояние органа зрения у тех же студентов на V курсе исследовалось на кафедре офтальмологии во время прохождения цикла практических занятий.

Нами изучена динамика клинической рефракции глаз у 295 студентов на 590 глазах на I и V курсах в возрасте от 17 до 25 лет. Среди обследованных было 178 женщин и 117 мужчин.

На первом курсе эмметропическая рефракция была выявлена на 397 глазах (67,5%), миопическая - на 126 (21%), гиперметропическая – на 61 (10.5%), астигматизм - на 6 (1%) глазах. После пятилетнего обучения в университете типы клинической рефракции распределились следующим образом: эмметропическая определялась на 358 глазах (61%), миопическая - на 190 глазах (32%), гиперметропическая - на 36 глазах (6%). Астигматизм остался на прежнем уровне. Анализируя данные, видно, что произошло уменьшение эмметропической рефракции на 6,5%, гиперметропической - на 4,5%, соответственно, миопическая рефракция увеличилась на 11%.

Одновременно нами изучались перенесенные заболевания у студентов при различных типах клинической рефракции глаз. Все обследуемые, в зависимости от типа клинической рефракции глаз, распределились следующим образом: 185 человек имели эмметропическую рефракцию, 76 -- миопическую и 34 человека – гиперметропическую рефракцию. Среди перенесенных заболеваний первое место занимает хронический тонзиллит, удельный вес которого составил при близорукости 50%, при эмметропии - 26,0%, гиперметропии 24%. Анализируя данные, видно, что каждый второй с миопической рефракцией страдал хроническим тонзиллитом, в то время как среди эмметропов и гиперметропов — каждый четвертый.

Вирусные заболевания при различных типах клинической рефракции распределились таким образом: с миопической рефракцией - 48,7%, с эмметропической



- 22,6%, с гиперметропической - 5,8%. Исходя из этих данных, видно, что вирусными заболеваниями в 2,5 раза чаще страдают студенты с миопической рефракцией, по сравнению со студентами с эметропией, и в 10 раз чаще, чем с гиперметропической рефракцией. Другие обнаруженные сопутствующие заболевания распределились следующим образом: грипп - 22,4%, бактериальные заболевания - 21,0%, вегето-сосудистая дистония - 13,1%.

Выводы: у студентов медуниверситета за 5 лет обучения отмечено увеличение миопической рефракции на 11%. Миопическая рефракция чаще встречалась у студентов, страдающих хроническим тонзиллитом и вирусными заболеваниями. С целью профилактики возникновения и прогрессирования миопии необходимо проводить своевременную санацию хронических очагов инфекции.

## **ОЦЕНКА СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ЗНАЧИМОСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В НАРУШЕНИЯХ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА**

*Бегер Т. А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

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

По данным российских ученых, более половины территории России характеризуется экологически неблагоприятными условиями окружающей среды и около 60% населения проживают на экологически загрязненных территориях. В связи с чем по степени влияния на здоровье факторы окружающей среды относят в настоящее время к числу важнейших, а их долевым вклад в нарушения здоровья людей в очагах экологического неблагополучия оценивают в пределах 40 - 60%. Результаты проведенных недавно крупномасштабных исследований свидетельствуют о том, что неблагоприятные факторы окружающей среды занимают второе место среди внешних причин смерти населения России, уступая только социальным факторам. Потери населения данной страны лишь от загрязнения атмосферного воздуха сопоставимы с потерями от туберкулеза и дорожно-транспортных происшествий. По мнению академика В.П. Казначеева, экологическая токсичность среды обитания становится в настоящее время всеобъемлющим фактором. Это подтверждают и результаты проведенных специалистами ВОЗ, Всемирного банка и Гарвардской школы общественного здоровья эпидемиологических работ, согласно которым экологический вклад в глобальное бремя болезней человечества очень велик. В связи с чем без понимания наличия тесной взаимосвязи между качеством окружающей среды и здоровьем населения, без создания конкретных планов действий в отношении наиболее опасных факторов окружающей среды невозможно ожидать реальных результатов улучшения качества окружающей среды, снижения экологически обусловленных заболеваний и значительного улучшения здоровья людей.

Особого внимания в вопросах укрепления здоровья и охраны окружающей среды заслуживают студенты-медики, которые в силу специфики будущей профессии должны уметь грамотно диагностировать и лечить состояния здоровья человека во взаимосвязи с факторами окружающей среды, а также быть проводниками полученных знаний среди населения.

Целью данной работы было выяснение мнения студентов младших и старших курсов медицинского университета о значимости вклада неблагоприятной экологической обстановки в нарушение здоровья людей. Исследование проводили методом социологического опроса с использованием разработанной на кафедре общей

гигиены и экологии анонимной структурированной анкеты. В обследовании участвовало 95 студентов (1-й курс – 23 девушки и 13 юношей, 6-й курс – 45 девушек и 14 юношей) лечебного факультета. Наряду с выяснением у студентов уровня знаний о здоровье, нами была проведена оценка по 10-балльной системе основных причин его ухудшения, в том числе значимости экологического фактора.

В результате исследования было установлено следующее распределение ранговости причин, занявших 1 - 3 места. Среди юношей 1-го курса: сложные социально-экономические условия (7,4 балла), несбалансированное питание (7,0 баллов), повышенное психо-эмоциональное напряжение (6,9 баллов). Среди девушек 1-го курса: неблагоприятная экологическая обстановка (7,2 балла) и злоупотребление алкоголем (7,2 балла), курение (7,0 баллов), повышенное психо-эмоциональное напряжение. Студенты-юноши 6-го курса на 1-е место поставили вредные условия труда (7,8 баллов), на 2-е – злоупотребление алкоголем (7,3 баллов), на 3-е - курение (7,0 баллов), а девушки на 1-е место - наследственность (7,5 баллов), на 2-е - злоупотребление алкоголем (7,4 балла), на 3-е неблагоприятную экологическую обстановку (7,3 балла).

Анализ полученных данных свидетельствует о лучшей экологической грамотности девушек на младших и старших курсах медицинского ВУЗа по сравнению с юношами. Недоучет важности влияния факторов окружающей среды на здоровье свидетельствует о недостаточной степени сформированности экологической направленности мышления у некоторой части студентов, что в будущем может не позволить им осознанно и грамотно проводить необходимые мероприятия по сохранению жизни, здоровья и работоспособности людей.

## **ВАЛЕОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИИ С КУРЕНИЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

***Бегер Т.А., Салыхова Л.Р.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель - д.м.н. Макшанова Е.И.*

Анализируется ситуация с табакокурением среди студентов медицинского университета. Наименьшее число курящих девушек выявлено на 1 курсе лечебного факультета (ЛФ) - 12,0%, наибольшее количество (23,1%) - на факультете медицинских сестер (ФМС). Наибольшее число курящих юношей ( $58,8 \pm 0,1\%$ ) оказалось на ЛФ. На ФМС число курящих юношей на первом курсе практически такое же, как и на ЛФ (54,5%). Среди юношей МПФ привычка к курению имеется у  $44,4 \pm 0,1\%$ , это достоверно ниже, чем на ЛФ ( $p < 0,02$ ). Среди юношей МПФ достоверно больше таких, которые никогда не курили ( $p < 0,02$ ). Далеко не у каждого курящего студента курение превратилось в устойчивую привычку. По нашим данным, на ЛФ половина (50,0%) из выявленных 12,0% курящих девушек курит ежедневно. На МПФ такие девушки составляют 60,0% из 17,0% курящих, на ФМС – 42,9% из 23,1% курящих. Следовательно, реально курящих девушек на первых курсах всех факультетов существенно меньше, чем кажется на первый взгляд. Для юношей характерна большая распространенность привычки к курению. Так, на первом курсе ЛФ из числа курящих молодых людей 95,2% курят ежедневно. Среди 54,5% курящих юношей ФМС, устойчивую привычку к курению имеет треть (33,3%), на МПФ из числа курящих юношей 66,7% курят ежедневно. Следующим этапом работы явилось выявление злостных курильщиков, выкуривающих около пачки и более в день. На ЛФ и МПФ

большая часть курящих девушек выкуривает 1 - 3, максимум до 5 сигарет в день. На ФМС более половины курящих девушек выкуривают до 10 сигарет в день. Наибольшее число злостных курильщиков (57,1%) оказалось в группе юношей, обучающихся на ЛФ, затем следовали юноши МПФ и ФМС. В большинстве случаев как юноши, так и девушки курить начали в школе. Причем, не только в старших классах, но и в более раннем возрасте. Поступление в ВУЗ медицинского профиля не явилось преградой к дальнейшему распространению табакокурения. Так, 70,0% курящих первокурсников на МПФ начали курить именно в стенах университета. На ФМС на первом курсе к вредной привычке приобщились 57,1% курящих девушек и 25,0% юношей. На ЛФ – 7,1% девушек и 18,2% юношей. Полученные данные показывают, что во-первых, часть молодых людей изменение своего общественного статуса, возросшую социальную и материальную самостоятельность обратила против собственного здоровья; во-вторых, дальнейшее распространение курения указывает на недостаточность или неэффективность антитабачной и антеникотиновой информационной и воспитательной работы среди студентов-первокурсников; в-третьих, результаты исследований свидетельствуют, что современная средняя школа не справляется с задачей воспитания здорового молодого поколения.

Следовательно, у значительной части студентов-первокурсников устойчивая привычка к курению не сформировалась. На первом курсе достаточно таких, которые под влиянием активной и грамотно построенной антеникотиновой пропаганды могут без проблем отказаться от курения. Поскольку злостных курильщиков среди студентов первокурсников меньшинство, совершенствование информационно-пропагандистской и воспитательной работы, в сочетании с адресной лечебной медико-психологической помощью, способно существенно повлиять на ситуацию с распространенностью табакокурения среди студентов [1]. Студенты, попавшие в данную группу, нуждаются в медико-психологической реабилитации, как страдающие от вредной привычки и имеющие никотиновую зависимость [2].

#### **Литература**

1. Амиров Н.Х., Галиуллин А.Н. Ахметьянова Г.З., Романенко А.Г. Качество жизни в студенческой среде//Здоровые дети - здоровое будущее: Сб. докладов конференции. М., 2005, с. 50-53.
2. Дыхан Л.Б., Кукушин В.С. Педагогическая валеология. – М. 2004.

## **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ПАНКРЕАТОЦИСТОВИРСУНГОЕЮНОСТОМИИ**

*Безмен И.А., Токунов В.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.*

Актуальность. Одной из наиболее важных проблем в лечении хронического панкреатита является проблема устранения панкреатической гипертензии путем дренирования кист или главного панкреатического протока. Однако, несмотря на многообразие существующих методов, нет оптимального способа лечения. Поэтому поиск новых, более эффективных методов дренирования панкреатических кист и главного протока не теряет своей актуальности.

Цель исследования. Разработать метод оперативного лечения, сочетающий возможность адекватного внутреннего дренирования панкреатических кист, расположенных по задней поверхности поджелудочной железы, и главного панкреатического протока у больных с хронической панкреатической гипертензией.

Материал и методы. Под общим обезболиванием (положение больного на спине с подложенным под спину валиком в области последних ребер) выполняют верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. После визуализации и пункции главного панкреатического протока производят его продольное вскрытие на возможно максимальном протяжении. По задней или боковой стенке вскрытого главного панкреатического протока через ткань поджелудочной железы производят пункцию кисты. Затем по направлению иглы с помощью диатермокоагулятора или ультразвукового скальпеля на всем протяжении прилегания к железе вскрывают кисту. При необходимости производится санация полости кисты с удалением секвестров и некротических измененных тканей. Кровоточащие сосуды прошиваются рассасывающимся материалом.

После контроля гемостаза приступают ко второму этапу операции, которым является наложение изоперистальтического продольного панкреатоеюноанастомоза на выключенной из пищеварения по РУ петле тощей кишки длиной не менее 30 см. Брюшную полость ушивают наглухо, дренируют несколькими дренажами (левое поддиафрагмальное пространство и малый таз)

Результаты. С использованием данного метода успешно прооперировано 18 больных. Осложнений во время операции, в ближайшем и отдаленном периодах не отмечено. Пациенты повторно в стационар не поступали.

Заключение. Таким образом, при использовании данной методики значительное улучшение результатов хирургического лечения хронического панкреатита достигается за счет одновременного адекватного дренирования кисты и кистоподобных расширений главного протока поджелудочной железы в просвет тощей кишки, а при восстановлении естественного пути оттока и в просвет двенадцатиперстной кишки.

## **ПРОГРАМИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Безмен И.А., Токунов В.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.*

Актуальность. В последние годы отмечается широкое распространение деструктивных форм поражения поджелудочной железы (ПЖ), и, как следствие тяжелых осложнений, таких как гнойно-некротический панкреатит, абсцесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Существуют способы дренирования и санации гнойно-некротических полостей, но все они обладают рядом недостатков. В связи с этим возникает необходимость разработки более эффективных способов лечения постнекротических полостей при остром деструктивном панкреатите (ОДП).

Цель исследования. Разработать эффективный эндоскопический способ дренирования гнойно-некротических полостей с их программированной санацией и выявить его преимущества перед рутинными методами, применяемыми в хирургической практике.

Материалы и методы. Больные с ОДП после поступления в стационар помещались для проведения интенсивной консервативной терапии с методами экстракорпоральной детоксикации в отделение реанимации. Всем пациентам выполнялись общеклинические и специальные методы исследования, включающие УЗИ, КТ и МРТ в динамике. В 2006 году разработан и успешно применен у 12 больных

метод лапароскопического дренирования гнойно-некротических полостей, возникших при ОДП. Под контролем лапароскопа в безсосудистой зоне через желудочно-ободочную связку троакар производится пункция гнойно-некротической полости, вводится через троакар катетер Фолея, раздувается манжетка на конце катетера, и он подтягивается к передней брюшной стенке. Этим достигается закрытие пункционного отверстия и предотвращение попадания гнойного содержимого в свободную брюшную полость. После пункции троакара в гнойно-некротическую полость вводится лапароскоп, осматривается полость с удалением гноя и секвестров некротических тканей, катетеры фиксируются к передней брюшной стенке, и подсоединяется система для промывания и аспирации. В течение 5 дней на месте катетеров формируются каналы, через которые, сначала через 3 дня, а затем по мере необходимости, производится осмотр полости, удаление гноя и некротических тканей, контролируется динамика процесса лечения. После очищения полости катетеры удаляются и полость закрывается.

**Результаты.** В процессе успешного применения метода выявлен ряд преимуществ перед имеющимися способами: достигается полная герметичность при пункции гнойно-некротической полости, без попадания гноя в свободную брюшную полость. Под визуальным контролем лапароскопа осуществляется промывание полости и удаление из нее секвестров некротических тканей; визуальное контролируется динамика очищения полости от гноя и секвестров и устанавливаются сроки закрытия полости; возможно применение способа через поясничные доступы с однотипными манипуляциями; метод применим при наличии сформированной и несформированной стенок жидкостных образований; способ обладает малой травматичностью и не требует сложных лапароскопических манипуляций (коагуляция, прошивание и лигирование сосудов).

**Выводы.** Предложенная методика программированной лапароскопической санации и дренирования некротических полостей может быть рекомендована для широкого применения в лечении острого деструктивного панкреатита, учитывая наличие ряда преимуществ и результаты лечения с применением данной методики.

## **РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ**

*Безмен И.А., Токунов В.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет.*

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии.*

*Научный руководитель – доц. Овчинников В.А.*

Диагностика злокачественных новообразований, в том числе рака гортани и гортаноглотки, является одной из самых важных задач современной онкологии. Определение компонентов опухолевого роста - основной принцип диагностики. Известно, что рентгеновская компьютерная томография в силу высокой чувствительности к изменениям плотности исследуемых структур, устранения суммационного характера изображений является ценным диагностическим методом при изучении сложных в анатомическом строении областей. Однако ее роль в диагностике распространения первичных опухолей гортани и глотки нуждается в уточнении.

**Цель работы:** изучение роли рентгеновской компьютерной томографии в диагностике распространения первичной опухоли при раке гортани и гортаноглотки.

**Материал и методы исследования.** Выполнен анализ результатов диагностических исследований у 75 больных раком гортани и гортаноглотки. Все

пациенты мужчины. У всех больных морфологически верифицирован плоскоклеточный рак. У 45 больных выявлен рак гортани, у 30 – гортаноглотки. Метастазы в шейные лимфатические узлы диагностированы у 37 больных (49,34%). Преобладала распространенность опухоли Т3 и Т4 – 63,2%. Всем больным выполнены ларингоскопия, рентгеновская компьютерная томография (РКТ), ультразвуковое исследование шеи. Рентгеновская компьютерная томография выполнялась в соответствии с общепринятой методикой, без искусственного контрастирования.

Результаты. Установлена инфильтрация (не выявленная при ларингоскопии) опухоли в окружающие структуры при помощи РКТ у 44,2% пациентов. В том числе неопластическое поражение хрящей гортани в 5,8%. Поражение хрящей гортани повышает стадию опухоли (Т4). Распространение опухоли на хрящи гортани ухудшает результаты лучевого лечения и связано с повышением риска лучевого некроза. Опухолевая инвазия хрящей исключает также возможность органосохраняющих операций.

В 7,6% РКТ исследований установлена инвазия в преднадгортанниковое пространство. В данных случаях органосохраняющие операции не могут быть применены и экстирпация гортани становится неизбежной. Инвазия опухоли в преднадгортанниковое пространство повышает распространенность рака гортани до Т3. В 30,8% наблюдений РКТ позволила точно измерить и выразить размеры опухоли в единицах длины (мм; см), тогда как при ларингоскопии такая точность не была доступна. Величина опухоли в единицах длины установлена в качестве критерия классификации компонента Т при стадировании рака гортаноглотки. Признаки неопластического поражения лимфатических узлов были определены методами пальпации, сонографии и РКТ у 46,2% больных из 75 обследованных пациентов. Пальпаторно увеличенные лимфатические узлы шеи определялись у 31 больного (40,4%), при РКТ увеличение лимфатических узлов, то есть один из основных признаков метастатического поражения, определялся у 36,5% пациентов, ультразвуковое исследование выявило признаки поражения лимфатических узлов у 46,2% больных.

Выводы. Таким образом, РКТ позволяет уточнить распространенность первичной опухоли гортани и гортаноглотки, что нужно для определения тактики специального лечения. Ультразвуковое исследование явилось более информативным в случае определения метастатического поражения лимфатических узлов.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

***Безмен И.А., Токунов В.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Жандаров К.Н.*

В настоящее время своевременная диагностика и лечение больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) остается одной из самых сложных и актуальных проблем ургентной хирургии органов брюшной полости, в частности, определение степени деструкции поджелудочной железы (ПЖ) и выбор оптимальной тактики лечения. Трудность прогнозирования течения заболевания, развития гнойно-некротических осложнений обуславливает необходимость совершенствования и унификации диагностического и лечебного алгоритма при различных формах ОДП.

Цель работы - улучшить результаты лечения больных с острыми деструктивными формами панкреатита с учетом оценки клинических, томографических и лабораторных данных.

В исследовании представлены результаты лечения 111 пациентов с ОДП, находившихся на лечении в хирургическом отделении Гродненской областной клинической больницы. Женщин - 44, мужчин - 67, средний возраст пациентов  $45,7 \pm 0,8$  года. В основе работы лежит принцип деления забрюшинной клетчатки на 5 областей, в зависимости от распространенности патологического процесса. Пациенты были разделены на 3 основных группы, исходя из объема и степени поражения забрюшинной клетчатки (ЗК), прилегающей к ПЖ: 1 группа (31 больной) - поражение забрюшинной клетчатки занимает не более I и II областей без признаков инфицирования, 2 группа больных (44) - поражение забрюшинной клетчатки занимало не более I, II и III областей при отсутствии признаков инфицирования, 3 группа больных (36) - поражение ЗК I, II, III, IV и V областей, при наличии клинических признаков инфицирования некрозов клетчатки. Оценка активности патологического процесса проводилась на основании клинико - томографических данных.

На основании собственных исследований и широкого применения малоинвазивных технологий в практику лечения ОДП, выработана и внедрена тактика лечения больных с отсроченным оперативным вмешательством, при отсутствии экстренных показаний для применения открытых оперативных вмешательств.

При анализе полученных результатов лечения больных, согласно новому алгоритму, выявлены достоверные преимущества разработанной методики отсроченного оперативного вмешательства с применением клинико - томографических критериев в диагностике и определении сроков хирургического лечения больных с деструктивными формами панкреатита, что позволяет вовремя сориентироваться в выборе тактики ведения каждого конкретного больного.

Выводы: разработанные клинико - томографические критерии оценки степени тяжести состояния больного, определение тактики и объема лечения пациентов с ОДП позволили значительно улучшить результаты лечения. Примененная схема областей поражения поджелудочной железы и ЗК, в совокупности с клиническими и лабораторными показателями, позволяют достоверно определить тяжесть состояния больного, тактику, характер и объем лечения, на основании изменения клинико - томографических показателей можно достоверно подтвердить правильность выбранной тактики и контролировать процесс лечения.

Уменьшение экономических затрат на лечение больных с ОДП достигается за счет своевременной госпитализации, адекватного объема лечения с применением, по возможности, малоинвазивных и эндоскопических методов.

Разработанный алгоритм тактики и лечения ОДП на этапах госпитализации позволяет четко определить место госпитализации, сроки и объем необходимого лечения, начиная от врача районной больницы до врача специализированного стационара.

# ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКИХ ФАКТОРОВ У МАТЕРЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ СОСТОЯТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

*Беккер В.А., Олизарович Е.З.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

В последние десятилетие отмечается тенденция к увеличению частоты и тяжести хронических заболеваний органов пищеварения, что обусловлено недостаточной адаптацией ребенка к длительным воздействиям стрессогенных экзо- и эндофакторов. В структуре заболеваемости детей эта патология занимает 4-е место с тенденцией ежегодного роста.

В связи с этим изучению подвергнута медицинская документация (история развития ребенка) детских поликлиник. Общее число наблюдений включало 190 детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Среди изученного контингента преобладали девочки (58,0%), а мальчиков было в 1,4 раза меньше (42,0%). Результаты исследования свидетельствуют, что этой патологией страдают преимущественно дети старшей возрастной группы 10-14 лет (60,0%), затем следует возрастной интервал в 5-9 лет (32,0%) и 8,0% случаев приходится на возраст до 5-и лет.

Половина исследуемого контингента страдала хроническим гастродуоденитом (50,0%), каждый третий (33,2%) – хроническим гастритом, 13,5% - дискинезией желчевыводящих путей, 1,4% - язвенной болезнью, остальные (1,4%) – хроническим панкреатитом и холециститом.

Большинство детей (91,6%) занимались в школе, 5,4% - в гимназии, а 3,0% - посещали ясли-сад. Диспансерным наблюдением охвачены все дети. Причем, почти три четверти (72,0%) взяты на диспансерный учет в течение 1 месяца с даты установления диагноза, 6,5% - в течение 2-х месяцев, 2,5% - на третьем месяце и 19,0% - спустя 3 месяца и более. До постановки на диспансерный учет 84,5% детей были здоровы, а 15,5% страдали другими хроническими заболеваниями. Среди них чаще других регистрировались болезни органов дыхания (19,4%), болезни мочевой системы (16,1%), эндокринная патология (12,9%), болезни органа зрения (9,7%), костно-мышечной системы (9,7%). Психическое развитие, психомоторная сфера, интеллект, эмоции в норме и соответствуют возрасту у всех детей, за исключением одного ребенка. Отклонения в физическом развитии имелись почти у каждого третьего (31,3%), проявляясь в виде дефицита (18,9%) или избытка (5,5%) массы тела, высокого (6,0%) и низкого (0,9%) роста.

Среди исследуемых детей трое являлись инвалидами, двое с рождения и у одного – приобретенная. Группа часто и длительно болеющих составляет 14,4% и практически не зависит от возраста ребенка. Подавляющее число детей (97,2%) относятся к 3-й (61,3%) и 2-й (35,9%) группам здоровья. Каждый второй ребенок (51,5%) родился от первой по счету беременности, от 2-й беременности – 28,5%, от 3-й и более – 20,0%. Предшествующие беременности заканчивались родами в 38,0% случаев, искусственными (19,0%) или самопроизвольным абортom (12,0%). В сроке от 35 до 39 недель родилось 61,0% новорожденных, 40 недель и более - 38,5%, остальные (0,5%) – на 30-34 неделе беременности. Осложнения в родах зарегистрированы у 31,5% родильниц в виде обвития пуповиной (20,6%), преждевременного излития околоплодных вод (19,1%), кесарева сечения (11,1%), гипоксии (9,5%) и др.



Послеродовой период протекал в основном без особенностей, лишь в 2,5% родов имелись осложнения (гипотоническое кровотечение, плотное прикрепление плаценты, гнойно-септические осложнения).

Вес ребенка при рождении до 3000г наблюдался у 8,0% новорожденных, 3000-3400г – у 48,0%, 3500г и более - у 44,0%. Длина тела новорожденных в интервале 50-54 см отмечена у 82,0% детей, 45-49см у 10,5%, 55 см и более у 6,0%, менее 44 см – у 1,5% детей.

По шкале Апгар оценка до 6 баллов зафиксирована у одного ребенка, 6 баллов - в 4,5% случаев, 7 – у 22,0%, 8 – у 63,0%, 9 – у 10,0%. На искусственном вскармливании находилось 24,0% детей, грудном – 71,0%, смешанном – 5,0%.

Таким образом, в обеспечении преемственности в организации раннего выявления и диагностики болезней органов пищеварения, необходимо учитывать неблагоприятные акушерские факторы в антенатальном и неонатальном периодах.

## **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА И ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Белоус П. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – ассистент В. П. Василевский*

Исследование имеет целью изучить динамику показателей кровотока и оксигенации при проведении реконструктивных и восстановительных оперативных вмешательств пациентам с критической ишемией нижних конечностей.

За последние 3 года в отделении хирургии сосудов клиники хирургических болезней №1 Гродненского государственного медицинского университета выполнены 241 реконструктивная и восстановительная операции по поводу окклюзии аорто-подвздошного (65) и бедренно-подколенно-берцового сегмента (167). 9 пациентам выполнены «многоэтажные» реконструкции магистрального сосудистого русла, 33 больным ранее уже было осуществлено ангиохирургическое лечение.

В качестве объективного критерия динамики состояния ишемизированных тканей было использовано поэтажное определение напряжения, а также доплерографическое исследование состояния магистрального кровотока.

Изучение показателей транскутанного напряжения кислорода в тканях нижних конечностей пациентов при поступлении выявило значительное снижение данных показателей. В верхней трети бедра у больных с окклюзией аорто-подвздошного сегмента показатель  $ТРО_2$  был ниже от нормы на 21 мм рт. ст., а при многоэтажных окклюзионных процессах уменьшение напряжения кислорода составило 17,4 мм рт. ст. Наибольшее снижение парциального напряжения кислорода наблюдалось при атеросклеротических окклюзиях на стопе. Данный показатель на тыле стопы составил для окклюзий аорто-бедренного сегмента  $2,7 \pm 0,2$  мм рт. ст. ( $p < 0,015$ ), для бедренно-подколенных поражений -  $2,7 \pm 0,2$  мм рт. ст. ( $p < 0,015$ ), для подколенно-берцовых -  $2,2 \pm 0,2$  мм рт. ст. ( $p < 0,015$ ), при многоэтажных окклюзионных процессах показатель  $ТРО_2$  был равен  $2,2 \pm 0,1$  мм рт. ст. ( $p < 0,015$ ). Успешная реконструктивная операция приводила к увеличению показателей в верхней трети бедра при аорто-подвздошных окклюзиях на 10,1 мм рт. ст., при многоэтажных поражениях на 7,8 мм рт. ст. На стопе данный показатель вырос при аорто-подвздошных окклюзиях на 28,2 мм рт. ст., бедренно-подколенных на 28,8 мм рт. ст., подколенно-берцовых на 26,1 мм рт. ст. и при многоэтажных поражениях увеличение составило 27,8 мм рт. ст. Динамика всех

показателей была статистически достоверной ( $p < 0,015$ ) по сравнению с показателями при поступлении.

Доплерографическое исследование выявило дистальное уровня окклюзии линейную скорость кровотока на бедренных артериях, равную  $22,1 \pm 2,2$  см/сек, а на подколенных артериях –  $16,1 \pm 1,4$  см/сек. Клинически эффективная реконструктивная операция на 10-е сутки послеоперационного периода сопровождалась увеличением линейной скорости кровотока на бедренных артериях до  $57,5 \pm 3,4$  см/сек ( $p < 0,015$ ). На подколенных артериях она повысилась до  $38 \pm 4,6$  см/сек ( $p < 0,015$ ) при магистральном и  $25 \pm 5$  см/сек при коллатеральном кровотоке. По результатам объективного исследования, после проведения оперативного лечения поступившим больным, клинически определяемая пульсация выявлена в 125 случаях (51,85%).

Таким образом, критическая ишемия тканей нижних конечностей атеросклеротического генеза характеризуется более десятикратным снижением оксигенации тканей. Успешная хирургическая коррекция окклюзионно-стенозных артериальных поражений сопровождается значительным увеличением парциального напряжения кислорода и положительной динамикой кровоснабжения тканей ног, более выраженным в условиях восстановленного магистрального кровотока.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТИНА E2 В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Белуга М.В.<sup>1</sup>, Пашенко Е.Н.<sup>1</sup>, Колесникова Т.А.<sup>1</sup>, Белуга В.Б.<sup>2</sup>,  
Мелешко Е.А.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,  
Беларусь

<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

**Актуальность.** В современном акушерстве проблема подготовки беременных к родам остается чрезвычайно актуальной и недостаточно разработанной. Когда родовой акт начинается при отсутствии биологической готовности организма к родам, он носит затяжной характер и в половине случаев осложняется аномалиями родовой деятельности и несвоевременным излитием околоплодных вод.

**Целью нашего исследования** явилось изучение результатов применения простина E2 с целью подготовки родовых путей к родам.

**Материалы и методика исследования:** 1) простин E2; 2) ретроспективный анализ историй родов; 3) фетальные мониторы «Philips-50A» 4) сонограф «VOLUSON® 730EXPERT»; 5) статистическая обработка данных при помощи компьютерного приложения Statistica 6,0; 6) шприцевой дозатор «Aitecs 2015».

Препарат вводился внутривенно капельно шприцевым дозатором «Aitecs 2015» в дозе 0,75 мл (0,75 мг) в 20 мл физиологического раствора с начальной скоростью 0,9 мл/ч. Латентный период действия простина E2 составил  $18 \pm 7$  мин. В последующем скорость введения препарата увеличивалась вдвое каждые 30-40 мин, максимально до 6 мл/ч. Введение препарата осуществлялось под постоянным мониторным наблюдением за состоянием плода и характером схваток.

**Результаты.** Ретроспективный анализ 349 историй родов у женщин, которым с целью подготовки родовых путей к родам применялся простин E2.

При подготовке родовых путей к родам у 71,1% ( $n=194$ ) первородящих женщин и 90,8% ( $n=69$ ) повторнородящих - роды завершились через естественные родовые пути.

При этом у 60,4% ( $n=165$ ) первородящих роды протекали без осложнений, в 3,3% случаях ( $n=9$ ) - развилась первичная слабость родовых сил и 5,1% родов ( $n=14$ )

протекали на фоне гестоза легкой степени и в 1,1% (n=3) отмечалась начавшаяся внутриутробная гипоксия плода. У повторнородящих – 71,1% родов (n=54) протекали без осложнений, в 17,1% случаев (n=13) отмечался гестоз легкой степени и в 2,6% случаев (n=2) роды осложнились первичной слабостью родовых сил.

В данной группе исследованных операцией кесарево сечение завершилось 86 (24,6%) родов: у первородящих женщин – 22,6% (n=79); у повторнородящих – 2% (n=7). Показаниями к оперативному вмешательству у пациенток с первыми родами явились упорная слабость, неподдающаяся медикаментозной коррекции – 23 случаев (8,4%); внутриутробная гипоксия плода – 29 случаев (10,6%); сочетанные показания – на фоне первичной слабости родовых сил и родостимуляции окситоцином развилась острая внутриутробная гипоксия плода – 11 случаев (4,0%); в 2,2% (n=6) – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; 1,5% (n=4) – клинически узкий таз и 1,8% (n=5) – высокое прямое стояние стреловидного шва. У повторнородящих женщин 2 родов (2,6%) завершились оперативным путем по поводу слабости родовых сил, неподдающейся медикаментозной коррекции и 5 кесаревых сечений (6,6%) из-за развившейся интранатальной гипоксии плода.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Случаев родового травматизма не было.

Не было ни одного случая разрыва шейки матки. Послеродовой период у всех женщин протекал без осложнений.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что применение простина Е2 с целью индукции родов при преждевременном излитии околоплодных вод позволило оптимизировать способ родоразрешения, снизить число оперативных вмешательств, ликвидировать тяжелые послеродовые осложнения.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТИНА Е2 С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ РОДОВ**

*Пашенко Е.Н.<sup>1</sup>, Белуга В.Б.<sup>2</sup>, Колесникова Т.А.<sup>1</sup>,  
Белуга М.В.<sup>1</sup>, Мелешко Е.А.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,  
Беларусь*

*<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

**Актуальность.** Когда родовой акт начинается при отсутствии биологической готовности организма к родам, он носит затяжной характер и в половине случаев осложняется аномалиями родовой деятельности и несвоевременным излитием околоплодных вод. У каждой пятой женщины с незрелой шейкой матки роды заканчиваются оперативным путем, у каждой четвертой отмечаются травматические повреждения неподготовленной шейки матки. В 10% случаев наблюдаются гипотонические маточные кровотечения в раннем послеродовом периоде.

**Целью нашего исследования** явилось изучение результатов применения простина Е2 с целью индукции родов.

**Материалы и методика исследования:** 1) простин Е2; 2) ретроспективный анализ историй родов; 3) фетальные мониторы «Philips-50А» 4) сонограф «VOLUSON® 730EXPERT»; 5) статистическая обработка данных при помощи компьютерного приложения Statistica 6,0; 6) шприцевой дозатор «Aitecs 2015».

Препарат вводился внутривенно капельно шприцевым дозатором «Aitecs 2015» в дозе 0,75 мл (0,75мг) в 20 мл физиологического раствора с начальной скоростью 0,9 мл/ч. Латентный период действия простина Е2 составил 18±7 мин. В последующем скорость введения препарата увеличивалась вдвое каждые 30-40 мин, максимально до 6

мл/ч. Введение препарата осуществлялось под постоянным мониторингом наблюдением за состоянием плода и характером схваток.

**Результаты.** Ретроспективный анализ 83 историй родов у женщин, которым с целью индукции родов при преждевременном излитии околоплодных вод применялся простин Е2.

При индукции родов у 85,9% (n=61) первородящих женщин и 91,7% (n=11) повторнородящих роды завершились через естественные родовые пути.

При этом у 36,6% (n=26) первородящих роды протекали без осложнений, в 42,3% случаев (n=30) - развилась первичная слабость родовых сил и 5,6% родов (n=4) протекали на фоне гестоза легкой степени и в 1,4% (n=1) отмечалась начавшаяся внутриутробная гипоксия плода. У повторнородящих – 33,3% родов (n=4) протекали без осложнений, в 8,3% случаев (n=1) отмечался гестоз легкой степени и в 50,0% случаев (n=6) роды осложнились первичной слабостью родовых сил.

В данной группе исследованных операцией кесарево сечение завершилось 11 (13,3%) родов: у первородящих женщин – 12,1% (n=10); у повторнородящих – 1,2% (n=1). Показаниями к оперативному вмешательству у пациенток с первыми родами явились упорная слабость, неподдающаяся медикаментозной коррекции – 6 случаев (8,5%); внутриутробная гипоксия плода – 3 случая (4,2%) и 1,4% (n=1) – высокое стояние стреловидного шва. У повторнородящих женщин лишь 1 роды (8,3%) завершились оперативным путем по поводу слабости родовых сил, неподдающейся медикаментозной коррекции.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Случаев родового травматизма не было.

Не было ни одного случая разрыва шейки матки. Послеродовый период у всех женщин протекал без осложнений.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что применение простина Е2 с целью индукции родов при преждевременном излитии околоплодных вод позволило оптимизировать способ родоразрешения, снизить число оперативных вмешательств (за 2006г. в УЗ «ГОКПЦ» 31,2% операций кесарево сечение), ликвидировать тяжелые послеродовые осложнения.

## **РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*Белуга М.В.<sup>1</sup>, Пашенко Е.Н.<sup>1</sup>, Белуга В.Б.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,  
Беларусь*

*<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

**Актуальность.** Многочисленными исследованиями установлено, что эффективность родовой деятельности зависит от степени подготовленности организма женщины к родам.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) является важнейшей проблемой современной перинатологии. Частота её колеблется от 4% до 45 %, перинатальная заболеваемость достигает 70%, а смертность 2,42% - 17,7%. Ежегодно в мире 4 млн. детей рождается в асфиксии, которая занимает одно из первых мест в структуре перинатальной смертности среди доношенных детей (около 19%).

**Целью нашего исследования** явилось изучение результатов применения простина Е2 с целью подготовки родовых путей к родам и индукции родов при преждевременном излитии околоплодных вод при фетоплацентарной недостаточности.

**Материалы и методика исследования:** 1) простин Е2; 2) ретроспективный анализ историй родов; 3) фетальные мониторы «Philips-50А»; 4) сонограф «VOLUSON® 730EXPERT»; 5) шприцевой дозатор «Aitecs 2015»; 6) статистическая обработка данных при помощи компьютерного приложения Statistica 6,0.

**Результаты.** Ретроспективный анализ 144 историй родов у женщин, которым с целью подготовки родовых путей к родам и родостимуляции при преждевременном излитии околоплодных вод при ФПН применялся простин Е2.

По формам компенсации пациентки распределились следующим образом: компенсированная форма – 91 (63,2%), субкомпенсированная – 53 (36,8%) пациенток.

Всего через естественные родовые пути завершилось 106 родов (73,6%), операцией кесарево сечение – 38 (26,4%).

При компенсированной форме ФПН в 74 (81,3%) случаев простин применялся с целью подготовки родовых путей к родам. Из них 58 (63,7%) – завершились через естественные родовые пути. Показаниями к выполнению кесарева сечения явились упорная слабость родовых сил, клинически узкий таз и высокое прямое стояние стреловидного шва – по 2 (2,2%) случая, у 3 (3,3%) пациенток – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая интранатальная гипоксия плода – 7 (7,7%) случаев. В данной группе с целью индукции родов простин применялся у 17 (18,7%) женщин. Из них только 1 роды (1,1%) завершились оперативным путем по поводу упорной слабости родовых сил, не поддающейся медикаментозной коррекции.

В группе исследованных с субкомпенсированной формой ФПН при подготовке родовых путей (n=45 (84,9%)) в 28 случаях (52,8%) роды завершились естественным путем. Операций кесарево сечение выполнено 17 (32,1%): в 11,3% (n=6) – по поводу упорной слабости и 20,8% (n=11) – острая интранатальная гипоксия плода. При индукции родов в данной группе исследованных 4 (7,5%) родов прошли естественным путем и 4 (7,5%) – завершились оперативным путем по поводу упорной слабости, не поддающейся медикаментозной коррекции.

Все дети родились в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Случаев родового травматизма не было.

Не было ни одного случая разрыва шейки матки. Послеродовый период у всех женщин протекал без осложнений.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что применение простина Е2 с целью подготовки родовых путей к родам и индукции родов при преждевременном излитии околоплодных вод на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности позволило оптимизировать способ родоразрешения, снизить число оперативных вмешательств, ликвидировать тяжелые послеродовые осложнения.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ**

***Белюк Е.Н., Плашко Л.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии*

*Научный руководитель - доцент, к. м. н. Алещик И.Ч.*

**Целью** нашей работы было сравнить результаты хирургического лечения отосклероза у детей и взрослых.

**Материалы и методы.** Материал исследования составили истории болезни 118 пациентов, страдающих отосклерозом, в возрасте от 7 до 60 лет, которым в ЛОР - клинике ГрГМУ в период с 2002 по 2007 год выполнялась операция стапедопластика.

**Результаты исследования.** Средний возраст больных отосклерозом составил  $41,3 \pm 8$  лет. Среди них было 84 (76,4%) женщин и 28 (23,6%) мужчин. Среди прооперированных было 12 (10,17%) детей в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст  $12,5 \pm 1,4$  года). Из них мальчиков было 4 (33,3%), девочек – 8 (66,7%).

Взрослые связывают развитие заболевания с перенесенной черепно-мозговой травмой (13%), беременностью и родами (4,4%) и гнойным средним отитом (4,4%), 78,2% взрослых не смогли указать причину заболевания.

По данным аудиометрии, улитковый резерв (УР) у детей до операции на частоте 500Гц составил в среднем  $37 \pm 1,1$  дБ, на частоте 1000Гц –  $37 \pm 1,2$  дБ, на частоте 2000Гц –  $32 \pm 0,9$  дБ и на частоте 4000Гц –  $35 \pm 1,0$  дБ.

Шепотная речь (ШР) у взрослых до операции составила в среднем  $1,4 \pm 0,7$  метра. УР у них на частоте 500Гц составил в среднем  $29 \pm 0,25$  дБ, на частоте 1000Гц –  $32 \pm 0$  дБ, на частоте 2000Гц –  $24 \pm 0,25$  дБ и на частоте 4000Гц –  $29 \pm 0,25$  дБ. На всех частотах УР у взрослых достоверно меньше ( $p < 0,05$ ), чем у детей. У детей быстрее и более глубоко наступает снижение слуха.

После операции УР у детей уменьшился на всех частотах: на 500Гц он составил  $19 \pm 1,0$  дБ, на 1000Гц –  $18 \pm 1,2$  дБ, на 2000Гц –  $18 \pm 0,6$  дБ, на частоте 4000Гц –  $17 \pm 0,7$  дБ. Данное уменьшение УР и ШР достоверно ( $p < 0,05$ ).

УР после операции у взрослых также уменьшился на всех частотах: на 500Гц он составил в среднем  $26 \pm 0,47$  дБ, на частоте 1000Гц –  $28 \pm 0,68$  дБ, на частоте 2000Гц –  $21 \pm 0,21$  дБ и на частоте 4000Гц –  $23 \pm 1,1$  дБ. Уменьшение УР достоверно наблюдалось на всех частотах ( $p < 0,05$ ). ШР у взрослых после операции увеличилась и составила в среднем  $5 \pm 0,2$  метра. Данное увеличение достоверно ( $p < 0,05$ ). УР у детей в сравнении со взрослыми на частотах 500, 1000 и 4000Гц уменьшился достоверно ( $p \leq 0,05$ ).

Уменьшение интенсивности или прекращение ушного шума после операции отметили 9 (75%) детей, ушной шум остался на прежнем уровне у 3 (25%) детей. Среди взрослых у 32 (30%) пациентов, имевших ушной шум до операции, он исчез или стал значительно меньше, и у 30 (28%) пациентов перестал доминировать в жалобах.

**Выводы:**

1. УР у детей и взрослых после операции достоверно уменьшился на всех частотах.
2. Уменьшение интенсивности ушного шума отметили 75% детей после операции, а у 30% взрослых шум исчез или уменьшился и у 28% пациентов шум перестал доминировать в виде жалоб.
3. У детей более быстро и глубоко наступает снижение слуха. В то же время хирургическая реабилитация слуха у детей дает значительно лучший функциональный результат.

## **МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА**

**Белюк Е.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – ассистент, Бердовская А.Н.*

В связи с широким распространением ультразвуковой диагностики стали распознаваться минорные аномалии сердца, которые в ряде случаев могут являться

морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии. Малые аномалии сердца - гемодинамически малозначимые анатомические изменения сердца и магистральных сосудов. Тесная ассоциация малых аномалий с врожденными пороками сердца косвенно указывает на общность их происхождения - мультифакториальный генез. В литературе широко представлены данные таких малых аномалий сердца, как ложные хорды, пролапсы митрального и трикуспидального клапанов. Определенные аномалии (например, двустворчатый клапан аорты) уже сами по себе требуют пристального внимания кардиологов, так как при этой аномалии частота синдрома внезапной смерти выше, чем в популяции.

Целью нашей работы явилось определить частоту кардиальных микроаномалий при ВПС и провести их анализ.

Исследуемую группу составили 63 ребенка обоего пола в возрасте от 4 до 17 лет с естественным течением врожденного порока сердца, находящиеся на лечении в соматическом отделении. Всем детям было проведено комплексное клинко-лабораторное обследование, включающее доплерэхокардиографию.

Среди обследованных детей у 14 (23%) встречался дефект межпредсердной перегородки, у 15 (24%) - дефект межжелудочковой перегородки, у 6 (10%) - открытый артериальный проток, у 12 (19%) - патология клапана легочной артерии и у 10 (15%) - клапана аорты, у 4 (6%) - болезнь Фалло и коарктация аорты у 2 (3%) детей.

К наиболее часто выявляемым малым аномалиям сердца относятся ложные хорды левого желудочка 57 (90,4%) (единичные 53% и множественные 37%). Пролапс митрального клапана встречался у 13 (20,6%) детей. 10 (15,8%) детей имели пролапс 1 степени (без митральной регургитации 17,5%, с регургитацией - 8%). 3 детей (4,8%) детей имели пролапс митрального клапана 2 степени, во всех случаях выявлена митральная регургитация. Открытое овальное окно обнаружено у 5 (8%) детей, пролапс трикуспидального клапана у 1 (1,5%) ребенка, аортального у 2 (3%) детей, двустворчатый аортальный клапан у 3 (4,8%), расширение легочной артерии 2 (3,1%), аневризма межпредсердной перегородки у 2 (3%) детей, сочетанные малые кардиальные аномалии у 53 (84%) детей.

37 (58%) детей имели фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани: гипермобильность суставов у 16 (25%) человек, искривление позвоночника у 12 (19%), изменение формы грудной клетки у 7 (11%), дисплазия тазобедренного сустава у 2 (3%) человек.

Таким образом, малые аномалии тесно связаны с врожденными пороками сердца. Среди малых сердечных аномалий при врожденных пороках сердца чаще всего встречаются аномально расположенные хорды левого желудочка. Малые кардиальные аномалии при врожденных пороках сердца в большинстве случаев могут сочетаться с другими фенотипическими признаками синдрома соединительнотканной дисплазии.

#### **Литература:**

1. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца. СПб.: Невский диалект, 2002. - С. 11-12.
2. Гнусаев С.Ф., Белозеров Ю.М. Эхокардиографические критерии малых аномалий сердца. Ультразвуковая диагностика. - 1997. - №3. - С. 23-27.
3. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца. - СПб.: Политекс, 2000. - С. 95.

## ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ.

*Бирюкова А. В., Койро Д. Ч.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Кафедра акушерства и гинекологии.*

*Научн. руководитель – к.м.н. Егорова Т.Ю.*

Патология почек занимает одно из первых мест среди всех экстрагенитальных заболеваний у беременных. Среди этих заболеваний до 92% занимает пиелонефрит. Пиелонефрит беременных может оказывать неблагоприятное воздействие, как на течение беременности, так и на состояние плода, приводя к самопроизвольному прерыванию беременности в различные сроки, преждевременным родам, гипотрофии и синдрому задержки развития плода. Количество женщин с заболеванием почек за последние годы значительно возросло, что и обуславливает актуальность проблемы.

Цель: изучение особенностей течения беременности и ее исхода у женщин с хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы: обследовано 38 беременных с хроническим пиелонефритом и изучено состояние гемостаза (тромбоциты, фибриноген, АЧТВ, Д-димеры, этаноловый тест) и мочевыделительной функции у них. Микробиологические исследования мочи проводились на базе микробиологической лаборатории ГУ «ГОЦГЭОЗ». Проведен анализ течения беременности.

Результаты: были исследованы различные возрастные категории; доминирующие группы 19-24 года(63.2%) и 25-29 лет(23.7%). Первая беременность и первые роды наблюдались у 65.8%, повторная беременность повторные роды – у 26.3%, повторная беременность первые роды – у 7.9%. В анамнезе у 10.5% женщин имелся аборт, у 18.4% – РМЦ, у 7.9% – самопроизвольные выкидыши. Среди сопутствующих гинекологических заболеваний чаще встречались эрозия шейки матки(55.3%), аднексит(23.7%), кольпит(15.8%). Среди экстрагенитальных патологий преобладали гидронефроз(39.5%), нефроптоз(26.3%), НЦД(21.1%), мочекаменная болезнь(10.5%). Течение беременности осложнилось угрозой преждевременных родов у 42.1% женщин, поздним гестозом – у 26.3%. В 34.2% случаев вследствие слабости родовых сил была проведена родостимуляция. Кесарево сечение было выполнено 21.1% женщин. При исследовании коагулограммы у 5.2% женщин наблюдалось повышение фибриногена. Слабо положительный этаноловый тест получен у 28.95% беременных. В общих анализах крови выявился лейкоцитоз у 39,5% женщин; наблюдалось снижение количества молодых форм нейтрофилов (60,5%) и увеличение сегментоядерных форм (57,9%). Анализ биохимических исследований крови показал, что уровень креатинина увеличен у 7,9% ; содержание ферментов АЛТ повышено у 5,2%, АСТ- 36% женщин. Важным показателем в диагностике обострений хронического пиелонефрита являются анализы мочи: у наблюдаемых женщин выявлялось наличие белка( 76,3% ) и увеличение количества лейкоцитов (73,9% ) . У 17-ти беременных из 38-ми при взятии анализа мочи на наличие бактерий в ней были получены следующие результаты: у 8-ми женщин отсутствовал рост бактерий на питательной среде, у 2-х высеялся St. Aureus, у 3-х - St. Epidermidis, в 4-х случаях выявлены энтеробактерии.

### **Выводы:**

1. В ходе проведенных исследований было выявлено, что беременность предрасполагает к обострению хронического пиелонефрита у 89%.
2. Беременность у женщин с хроническим пиелонефритом осложнялась поздним гестозом у 26,3%.



3. Угроза преждевременных родов встречалась у каждой 2-й пациентки(42,1%), однако все беременности закончились срочными родами.
4. Пациентки с хроническим пиелонефритом нуждаются в адаптированном ведении беременности с урологом и терапевтом.

**Литература:**

1. М.М.Шехтман Акушерская нефрология.– М., «Триада-Х», 2000г.
2. Журнал «Терапевтический архив», 1996, №10, с55-59.
3. Журнал «Фельдшер и акушерка», 1990, №3.
4. Шехтман М.М. Болезни почек у беременных.-Ростов-на-Дону: Феникс,1997.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИКИ У ЖЕНЩИН С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Бобрик А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Ковалевич К.М.*

В настоящее время достаточно хорошо изучена связь пальцевых узоров с хромосомными болезнями, врожденными пороками, а также с некоторыми приобретенными заболеваниями, что облегчает диагностику и позволяет выделять группы риска по этим заболеваниям.

Цель исследования – установить особенности распределения показателей пальцевой дерматоглифики у женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки.

Объектом для исследования послужили пациенты с язвой желудка и 12-перстной кишки (71 женщина). В качестве контрольной группы при анализе дерматоглифических показателей использовались опубликованные данные по жителям Гродненской области, исследованные Ж.А. Шавель (2002) [1].

У женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки отмечены особенности распределения кожных пальцевых узоров, по сравнению с группой контроля. Для пациенток с исследуемой патологией характерно достоверное увеличение количества ульнарных петель на втором пальце правой (54,9% против 38,2%,  $p<0,01$ ) руки и четвертом пальце правой (73,2% против 51,0%,  $p<0,001$ ) и левой (74,6% против 57,2%,  $p<0,01$ ) рук. Также у женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки отмечено увеличение количества дуг на втором пальце правой руки (21,1% против 11,8%,  $p<0,05$ ). Количество завитков достоверно снижено, по сравнению с контрольной группой, на втором пальце правой руки (15,5% против 37,0%,  $p<0,001$ ) и четвертый пальце правой (25,4% против 48,0%,  $p<0,001$ ) и левой (18,3% против 38,1%,  $p<0,01$ ) рук. Что касается радиальных петель, то их количество было снижено на втором пальце левой руки (4,2% против 15,9%,  $p<0,01$ ).

Таким образом, установленные особенности распределения показателей пальцевой дерматоглифики у женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки могут быть использованы в качестве абсолютных генетических маркеров предрасположенности к данному заболеванию, с целью формирования групп риска, профилактики и своевременного лечения.

**Литература:**

1. Шавель, Ж.А. Антропометрическая характеристика лиц женского пола 17–25 лет и ее связь с некоторыми аспектами репродуктивной функции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / Ж.А. Шавель. – Минск, 2002. – 19 с.

## РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Бобрик А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Ковалевич К.М.*

Цель исследования – установить особенности распределения типов телосложения у женщин второго зрелого и пожилого возраста с язвой желудка и 12-перстной кишки.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели было проведено соматотипирование 246 женщин второго зрелого (36-55 лет) и пожилого (56-74 года) возраста. Женщины с язвой желудка и 12-перстной кишки, госпитализированные в гастроэнтерологические отделения больниц г. Гродно, в период с 2001 по 2003 гг. составили экспериментальную группу (71 человек), женщины, не имеющие данных заболеваний пищеварительной системы – контрольную группу (175 человек). Во всех группах женщин по общепринятой в антропологии методике определялись следующие показатели, характеризующие костный компонент соматотипа: длина тела, ширина плеч и таза, поперечный диаметр грудной клетки.

Для определения типа телосложения использовался модифицированный метод Н.А. Усовой (1993 г.) с учетом лепто – и гиперморфности скелета по усредненному поперечно-продольному показателю, который вычислялся по формуле –  $(d_1+d_2+d_3)/l$ , где  $d_1$  – ширина плеч,  $d_2$  – поперечный диаметр грудной клетки,  $d_3$  – ширина,  $l$  – длина тела [1,2]. Статистическая обработка полученных результатов проведена при помощи прикладного пакета Statistica 6.0.

Результаты исследования. У пациенток с язвой желудка и 12-перстной кишки во втором зрелом возрасте было отмечено достоверное преобладание лептоморфного типа телосложения, по сравнению с контрольной группой, при  $1,0 \sigma$  (44,74% против 15,15%,  $p < 0,01$ ) и при  $1,25 \sigma$  (31,58% против 12,12%,  $p \leq 0,05$ ). Также у женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки данного возраста наблюдалось снижение гиперморфного типа телосложения при  $1,0 \sigma$  (2,63% против 18,18%,  $p \leq 0,05$ ) по сравнению с контролем. У пациенток пожилого возраста мезоморфный и гиперморфный тип телосложения преобладали, по сравнению с практически здоровыми женщинами, за счет снижения выраженности лептоморфности скелета. Анализируя возрастные изменения соматотипа у женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки, можно отметить, что к пожилому возрасту отмечается достоверное снижение количества пациенток с лептоморфностью скелета и увеличивается с мезоморфным и гиперморфным типом телосложения.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлены особенности соматической конституции у женщин с язвой желудка и 12-перстной кишки, зависящие от возраста: до 55 лет чаще встречается лептоморфный тип телосложения, а старше 55 лет – мезоморфный и гиперморфный тип телосложения.

Литература:

1. Усоев, С.С. Соматотипирование женщин пожилого и старческого возрастов на примере больных, перенесших инфаркт миокарда или ишемического инфаркта головного мозга / С.С. Усоев, Л.И. Вильчинская, А.Б. Бобрик // Актуальные проблемы морфологии: сб. науч. тр. – Красноярск, 2004. – С.255-257.
2. Усоева, Н.А. Методика определения типов телосложения в оценке развития девочек подросткового возраста и девушек / Н.А. Усоева // Новости спортивной и медицинской антропологии: ежекварт. науч.-информ. сборник / ред.-сост. Б.А. Никитюк. – М., 1990. – Вып. 4 С. 81-89.

# ХАРАКТЕР РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРООТЛОЖЕНИЯ У МУЖЧИН ВТОРОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

*Бобрик А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Ковалевич К.М.*

Цель исследования – установить особенности характера жирового отложения у мужчин второго зрелого возраста с хроническим бронхитом.

Объектом для исследования послужили 49 мужчин в возрасте 36-60 лет, госпитализированных в пульмонологические отделения больниц г. Гродно (областная, городские больницы №1 и №2) с заболеванием хронический бронхит в период с 2001 по 2003 гг. Контрольную группу составили 95 человек, в анамнезе которых отсутствовала исследуемая патология. В исследуемых группах была проведена оценка характера распределения жировой клетчатки. Для этого с помощью штангенциркуля измерялась толщина кожно-жировых складок на спине (под лопаткой), на наружной (задней) поверхности плеча, на животе, на передне-внутренней поверхности бедра. Далее определялась суммарная толщина кожно-жировых складок:

- выше пояса (спина + плечо) – верхнее жировое отложение;
- ниже пояса (живот + бедро) – нижнее жировое отложение;
- жировое отложение на туловище – (спина + живот);
- жировое отложение на конечностях – (плечо + бедро).

Результаты. В результате проведенного исследования были установлены особенности распределения подкожно-жировой клетчатки у мужчин второго зрелого возраста с хроническим бронхитом по сравнению с группой практически здоровых лиц.

Мужчины с хроническим бронхитом в возрасте 36–60 лет уступают по сумме кожно-жировых складок под лопаткой и на задней поверхности плеча – 23,04 мм против 49,49 мм в контроле ( $p < 0,001$ ), по сумме кожно-жировых складок на спине и животе – 27,94 мм против 52,40 мм в группе контроля ( $p < 0,001$ ), а также по сумме кожно-жировых складок на задней поверхности плеча и передне-внутренней поверхности бедра – 23,19 мм против 59,47 мм в контроле ( $p < 0,001$ ). Также установлено, что у мужчин в 36–60 лет без исследуемой нами патологии нижнее жировое отложение достоверно выше (69,53 мм), чем у больных с хроническим бронхитом (31,00 мм,  $p < 0,001$ ).

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать вывод, что для мужчин второго зрелого возраста характерно достоверное снижение показателей, отражающих жировой компонент соматотипа, в частности, значений кожно-жировых складок (на спине, наружной поверхности плеча, животе, передне-внутренней поверхности бедра) по сравнению с практически здоровыми.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Богатко Л.К.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Можейко М.А.*

Проанализированы результаты лечения 218 больных (128 мужчин, 90 женщин) в возрасте от 38 до 79 лет с различными стадиями диабетической ангиопатии нижних конечностей, находящихся на лечении в гнойном отделении Гродненской областной клинической больницы. Тяжелой степенью сахарного диабета страдали 77 пациентов, средней – 123, легкой – 75. По степени выраженности гнойно-некротических процессов в нижних конечностях (классификация Вагнера) распределение пациентов представлено в таблице.

Таблица

Стадия процесса	0	1	II	III	IV	V
Количество больных	9	28	32	69	62	18

Из таблицы следует, что у 149 (68,3%) больных (III, IV, V стадии) имели место выраженные гнойно-некротические изменения стоп, с переходом на голень, что потребовало у 27 выполнения срочной ампутации конечности на уровне голени (12), бедра (15) после короткой (12 - 48 час) предоперационной подготовки.

Остальным больным производились малые ампутации, некрэктомии, вскрытие и дренирование флегмон, перевязки с антисептическими растворами, водорастворимыми мазями в зависимости от стадии раневого процесса. После ликвидации воспалительных процессов и появления жизнеспособных грануляций у части больных раны закрывали свободным кожным лоскутом, или наложением вторичных швов. Местно на раны применялось физиолечение (УФО, облучение биоником, лазеро-, баротерапия.)

Всем пациентам проводилась традиционная терапия: полная разгрузка пораженной стопы, коррекция гликемии, антибактериальная терапия. Коррекцию макро и микрогемодинамики проводили переливанием декстранов с пентоксифиллином, и спазмолитиков (папаверин, дротоверин, трентал, амоксицин). У 9 пациентов, несмотря на проводимую терапию, гнойный процесс прогрессировал и им выполнена ампутация конечности на уровне голени (3), бедра (6).

25 больным с III – IV стадиями диабетической стопы использовали парентеральное введение актовегина в дозе 160 - 260 мг в сутки в течение 7 - 15 дней и 7 пациентам, кроме того, в комплексную терапию включали алпростадил (20мг) в сутки. При этом у 17 больных отмечалась быстрая ликвидация болевого синдрома и ускорение процессов очищения и грануляций ран. Из 218 пациентов умерли 8 больных (3,7%). Ампутации на уровне бедра и голени произведены у 36 (16,4%) пациентов.

## ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИЙ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ

*Богдан М.А., Мукосей Е.И., Гурин А.Л*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Нами проведен ретроспективный анализ среди женщин, прооперированных по поводу доброкачественных новообразований матки (фибромиомы, лейомиомы) различными доступами: лапаротомным(ЛТ) и лапароскопическим(ЛС). Изучены амбулаторные карты 54 женщин, средний возраст 48 – 50 лет, из них 79,6%(43) прооперированы ЛТ и 20,4%(11) – ЛС. При ЛС– тотальная гистерэктомия в 100%(11); а при ЛТ-76,7%(33) - тотальная и в 23,3%(10) –субтотальная гистерэктомия. При оперативном лечении миомы матки придатки удалены у 39%(21), сохранены у 33,3% и у 27,3%(15) – левосторонняя аднексэктомия.

Временная нетрудоспособность у женщин, прооперированных ЛТ, составила 30 -31, а при ЛС – 26 дней. У 18,2%(2) при ЛС послеоперационный период осложнился кровотечением. В послеоперационном периоде в первый месяц при ЛТ 65%(28) женщины предъявляют жалобы на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота, в области послеоперационной раны, слабость, повышение температуры тела до 37,3\*С – 2,4%(1); жалоб нет – 7%(3), при ЛС у 45,5%(5) – жалоб нет; в 36,4%(4) – на слабость, боли в области послеоперационной раны; и у 18,1%(2) – тянущие боли внизу живота. При ЛТ анемия в первый месяц наблюдалась у 23%(10) женщин, а при ЛС - у 18,2%(2). В общем анализе крови при ЛС: повышение СОЭ 20 -30 мм/ч у 63,6%(8), а при ЛТ в 35%(15). Выделения из половых путей при ЛТ у 83,7%(36) – серозные; у 7%(3) – слизистые и 9,3%(4) – серозно-сукровичные, а при ЛС - 72,4%(8) – сукровичные; у 9,2%(2) – серозно-сукровичные и серозные – 4,2%(1). В мазке на флору L 40 – 50 в п/зр при ЛС 54,5%(6), при ЛТ – в норме (L до 20 в п/зр.) у 100%(43).

Через 3 месяца после операции при ЛТ: периодические боли внизу живота 60,4%(26), слабость, тупые, ноющие боли внизу живота 16,3%(7), в 23,3%(10) – жалоб нет; а при ЛС – периодические тупые боли внизу живота у 27,3%(3) и у 72,3% - жалоб нет. Анемия при ЛС - у 45,5%(5) женщин. Мазок на флору у всех в норме. Выделения из половых путей после ЛС через 3 месяца у 54,5%(5) – серозно-сукровичные; 9,2%(1) – слизистые и в 36,3%(4) – серозные. При ЛТ – 51,2%(22) - слизистые; 34,8%(15) – серозные; 4,7%(2) – молочные. Через 6 месяцев после ЛТ жалоб нет – 49%(21); у 46,5%(20) – на периодические ноющие боли внизу живота, при ЛС, соответственно, в 90%(10) и 9%(1). Выделения из половых путей при ЛС в 18,2%(2) серозно-сукровичные; в 45,5%(5) – слизистые; 36,6%(4) – серозные. После ЛТ в 25,3%(11) выделений нет; 56%(24) – слизистые и 4,7%(2) – молочные; 14%(6) – серозные.

У 22,3% (12) женщин после оперативного лечения развился посткастрационный синдром. В 66,6%(8) постклимактерический период наблюдался при тотальной гистерэктомии с придатками при лапаротомии, а при лапароскопии - в 16,7%(2);и в 16,7%(2) – субтотальная гистерэктомия с придатками при лапаротомии.

Можно сделать следующие выводы:

1. Временная нетрудоспособность при ЛС составляет 26 дней, а при ЛТ – 31; В первом месяце после операции анемия встречается при лапаротомии у 23%(10), а при лапароскопии у 18,2%(2).А через 3 месяца - в 45,5%(5) при ЛС, а при ЛТ не было.

2. Больше количество жалоб встречается после лапаротомии: общая слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота – 65% (28) по сравнению с 36,4%(4) при лапароскопии, однако они сохраняются более длительно. После лапароскопии чаще развивается кольпит 54,5%(6), а при лапаротомии у 100%(43) – анализ в норме.

3. В первый месяц после лапароскопии выделения из половых путей в 72,4%(8) – сукровичные, а при лапаротомии - у 83,7%(36)-серозные. Через 3 месяца после лапароскопии выделения у 54,5%(5) – серозно-сукровичные, через 6 месяцев – 18,2%(2) – серозно-сукровичные. А после лапаротомии таких выделений не было.

4. У 22,3% (12) после операции на фоне посткастрационного синдрома наблюдается в 100% (12) вторичный кольпит.

5. Изменения в общем анализе крови в первый месяц после лапароскопии сохраняются у 63,6% (8) (содержание палочек до 5 и повышение СОЭ 20 -30мм/ч.), а при лапаротомии такие же изменения в 35% (15).

## **ПСИХОЛОГИЯ БОГАТСТВА**

***Богданович Т.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – старший преподаватель Рындова О.Н.*

Деньги! Их тайна всегда будоражила умы, как обыкновенных обывателей, так и ученых-экономистов. С деньгами прямо или косвенно связано положение человека в обществе, его благосостояние, отношения с другими людьми внутри государства и межгосударственные отношения. Деньги начинались в виде простого товара из меди, серебра, ракушек и золота. Сегодня – это монеты и банкноты, чеки и банковские счета, пластиковые карточки, электронные сигналы на экранах компьютеров и числа, хранящиеся в микросхемах.

С момента их изобретения прошло около трех тысяч лет. Люди ссорились из-за них и боролись, чтобы заполучить их как можно больше в какой бы то ни было форме. Деньги никогда не были спокойным, пассивным инструментом и никогда не оставались долго в одном и том же месте или в одних и тех же руках. Веками мифология и литература вели хронику радостей и страданий людей в процессе добывания или утраты больших сумм денег. Люди борются за деньги не только потому, что они дают богатство и роскошь, но, что еще более важно, потому, что они облачают властью их владельцев. Это волшебный ключ к тому, чтобы сформировать армии, сдвинуть горы, построить замки и города, править на земле, прорыть каналы, обрести власть над другими людьми и лишиться этой власти. Но, если человек не умеет преодолевать власть денег – деньги властвуют над ним.

Согласно одной из психологических теорий, есть люди «конституционно бедные», а есть «конституционно богатые». Это не показатель доходов, а состояние души. Одни причисляют себя к бедным, и это накладывает определенный отпечаток на их жизнь и поведение. Они готовы за тридевять земель ехать за более дешевыми товарами, всегда считают в уме деньги, а любимая их фраза: «Я не могу себе этого позволить». Такие граждане легко пользуются чужой щедростью, а сами порой дарят друзьям откровенно никчемные подарки. Но так уж ли они малообеспечены? Здесь нет ни прямой зависимости, ни обратной. «Конституционно бедные» могут едва сводить концы с концами и экономить на всем, что называется не от хорошей жизни. А могут обладать средними и даже высокими доходами.

Но и те, кто считает себя богатыми, тоже могут не иметь на это достаточных оснований. Просто им нравится жить на широкую ногу – если не постоянно, то хотя бы время от времени (когда заведутся деньги). Они любят шиковать, гулять, обзаводиться новыми вещами, баловать самих себя и/или одаривать своих близких. К сожалению, мало кому удастся прожить всю жизнь на такой радостной ноте. Гораздо чаще,

промотавшись, «богачам» приходится залечь на дно и с грустным недоумением подсчитывать оставшиеся от прежней роскоши гроши.

Конечно, это две крайности, а мы с вами где-то посередине. Временами мы попадаем в экономию и стараемся не тратить лишнего, а потом устраиваем себе праздник. Однако у каждого из нас все же преобладает либо одна, либо другая жизненная позиция. Более того: предпосылки нашего отношения к деньгам закладываются еще в детстве.

В каждой душе сидит и богач и бедняк. «Хочу жить лучше», - кричит один. «Так спокойнее», - убеждает другой. Что мешает нам быть богатыми? Обстоятельства жизни и время, в котором мы живем? Это удобная философия не прибавит нам денег. Может дело все-таки в нас самих? Если вам кажется, что некоторым счастливицам «везет», то знайте: это везение они обеспечили себе внутренней психологией богатства, часто не сознавая этого. Для овладения психологией богатства, прежде всего, надо поверить в себя, в свои силы. А для этого придется провести небольшую ревизию подсознания. Настройтесь на успех – достигните успеха. Настройтесь на неудачу – неудача не заставит себя ждать. Может быть, стоит «перетряхнуть» свои мысли, «проверить» суждения, «выбросить» обиды, «починить» жизненные установки и впустить в свое сознание свежий ветер перемен.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ**

*Божко Г.Г., Боярчик В.П.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и терапии*

*Научный руководитель - д.м.н. Угляница К.Н.*

Меланома кожи – одна из самых злокачественных опухолей. В большинстве стран мира наблюдается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, неуклонно растет заболеваемость, причем в ряде стран заболеваемость и смертность от меланомы увеличивается быстрее, чем от злокачественных новообразований других локализаций, за исключением рака легкого [1, 2].

Объектом исследования явились больные меланомой кожи (всего 162 человека), проходившие лечение в онкологических отделениях УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 2000-2007 гг., которым проводилось хирургическое и химиолучевое лечение. Диагноз меланомы кожи у всех больных был подтвержден морфологически.

Цель исследования состояла в организации мониторинга за больными меланомой кожи; оценке значимости прогностических факторов в диспансерном наблюдении и исходе заболевания, изучении особенностей хирургического лечения и иммунотерапии меланомы кожи.

Основными методами диагностики этой патологии были морфологические методы (цитологическое исследование мазков отпечатков с поверхности опухоли (87,7%), тотальная ножевая эксцизионная биопсия (12,3%). Наряду с клиническим выявлением лимфогенных метастазов, мы использовали дополнительные (УЗИ, КТ) методы визуализации и морфологического подтверждения. При диагностике и выработке тактики лечения использовали клиническую и патологическую TNM-классификацию, принятую Международным противораковым союзом.

Хирургическое вмешательство в качестве единственного метода лечения применяли при ранних формах меланомы кожи, как правило, без метастатического поражения регионарных лимфоузлов (66,41% больных). При метастатических формах

меланомы использовали комбинированное и комплексное лечение. Проводя активное диспансерное наблюдение за нашими пациентами, мы использовали перечень известных прогностических факторов, имеющих объективное и решающее значение, таких как толщина опухоли кожи по A.Breslow, степень инвазии опухоли по W.Clark, наличие регионарных метастазов, изъязвление поверхности опухоли, локализация опухоли, возраст и пол пациентов. На основе разработанной учетной формы проводилась оценка суммарного прогностического показателя ( Z ) и был налажен мониторинг за больными меланомой кожи, позволивший выделить группу пациентов с неблагоприятным прогнозом заболевания (74 чел. – 45,68 %)  $Z_{cp} < -160,2$ .

Дифференцированный подход к больным меланомой кожи при наличии компьютерной обработки данных из амбулаторной карты и истории болезни больного, позволяет обеспечить детальное диспансерное наблюдение и обосновать целесообразность проведения адьювантной химио- и иммунотерапии.

Литература:

1. Фрадкин С.З. Меланома кожи: Практич. пособие для врачей/ С.З.Фрадкин, И.В.Залуцкий - Минск: Беларусь, 2000. – 221с.
2. Balch С.М., Urist М., McMasters К.М., Soong S.-J./ Prognostic Factors Analysis of 17,600 Melanoma Patients: Validation of the American Joint Committee on Cancer Melanoma Staging System // Journal of Clinical Oncology. - 2001. – V. 19. - № 16. – P. 3622-3634.

## **ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИФА-ТЕСТОМ НА АСКАРИДОЗ**

***Бойко О.Л., Турченко М.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней*

*Научный руководитель: аспирант Жмакин Д.А., ассист. Горецкая М.В.*

Повсеместное распространение аскаридоза и влияние его на многие системы человека, включая иммунную, подчеркивает актуальность темы и необходимость изучения особенностей иммунного ответа у лиц, инвазированных аскаридами (*Ascaris lumbricoideus*).

Целью исследования является изучение иммунного ответа у больных аскаридозом.

Материалом исследования стали данные иммунограмм больных аскаридозом, проходящих обследование на базе УЗ «Гродненская областная инфекционная клиническая больница». Всего обследовано 32 человека: 17 мужского и 15 женского пола, преимущественно дети. Серологическое исследование на специфические антитела к аскаридам (IgM, G, E, A) проведено методом ИФА. Иммунологическое исследование крови проведено на базе Гродненской областной клинической больницы классическими тест-системами (проточный флюориметр). Проведен анализ иммунограмм по 10 показателям. Все больные были разделены на две группы по положительному (группа № 1) и отрицательному (группа № 2) результату ИФА на аскаридоз.

Результаты. Результаты исследований показали, что количество В-лимфоцитов в 1 группе ( $12,97 \pm 1,84$ ) было меньше по сравнению с 2 группой ( $16,98 \pm 2,44$ ); количество натуральных киллеров (NK), несущих T-клеточный рецептор, было ниже значительно в 1 группе ( $3,18 \pm 1,5$ ), чем во 2 группе ( $15,11 \pm 5,73$ ). Количество NK клеток, не несущих рецепторов, в 1 группе также было заметно ниже ( $12,76 \pm 1,76$ ), чем во 2 группе ( $21,22 \pm 5,07$ ). Количество T-хелперов ( $37,9 \pm 1,88$ ) и T-киллеров ( $31,68 \pm$



1,78) в 1 группе было больше, чем аналогичные данные во 2 группе ( $34,60 \pm 3,36$  и  $26,42 \pm 2,01$ , соответственно). Иммунорегуляторный индекс (Т-хелперы/Т-супрессоры) в обеих группах был снижен, во 2 группе меньше ( $1,43 \pm 0,2$ ), чем в 1 группе ( $1,26 \pm 0,09$ ). Фагоцитарная активность нейтрофилов также была выше во 2 группе ( $84,27 \pm 3,09$ ), чем в 1 группе ( $78,3 \pm 3,5$ ).

Таким образом, основные показатели неспецифической клеточной резистентности (фагоцитарная активность нейтрофилов, количество НК-клеток) оказались выше у лиц с отрицательными показателями диагностического уровня специфического IgG к *Ascaris lumbricoides*, чем в группе с положительными показателями специфического IgG. Такая же закономерность установлена в отношении показателей клеточного иммунного ответа (НК-клетки, иммунорегуляторный индекс), которые также были выше в группе с отрицательными показателями специфического IgG к *Ascaris lumbricoides*, по сравнению с положительными показателями специфического IgG. В то же время число Т-лимфоцитов было выше в группе с положительными показателями специфического IgG.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных аскаридозом происходят значительные изменения в иммунном статусе, что необходимо учитывать при проведении терапии и реабилитации больных.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОКСИПИНА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА**

***Болтач А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра пропедевтики внутренних болезней  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Лис М.А.*

В настоящее время эндотелию отводится роль органа внутренней секреции, регулирующего тонус сосудов, состояние системы гомеостаза, процесс воспаления. Нарушение функции эндотелия является важным звеном патогенеза различных заболеваний. В то же время эндотелий является мишенью для воздействия терапевтических средств.

Влияние дисфункции эндотелия на безболевою ишемию миокарда (БИМ) не изучено, поэтому весьма актуальным является дальнейшее изучение вопросов этиопатогенеза, клиники и лечения данной патологии.

Целью данного исследования является изучение влияния эмоксипина на показатели функции эндотелия (ФЭ) у больных, перенесших ишемический инсульт с безболевою ишемией миокарда.

Материал и методы. Нами проведено динамическое наблюдение и лечение 30 больных (18 мужчин и 12 женщин), перенесших ишемический инсульт (ИИ) более года назад, протекавший с АГ II степени (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999г.) и имевших безболевою ишемию миокарда. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц (13 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 31 до 50 лет, в среднем  $44,9 \pm 1,2$  года. Всем больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ с использованием прибора фирмы «Кардиан» КР-01. Больные были поделены на 2 группы. Первую составили 15 человек (9 мужчин и 6 женщин), средний возраст  $48,5 \pm 1,8$  года. Вторую - 15 человек (9 мужчин и 6 женщин), средний возраст  $49,6 \pm 2,5$  года. Больные обеих групп принимали полокард по 75 мг в сутки, лизиноприл 5-10 мг в день, диласидом по 2 мг 3 раза в день. Кроме того, больные второй группы получали 0,5% раствор

эмоксипина 100мл внутривенно капельно в сутки. Исследования проводились до и после двухнедельной терапии. Для оценки вазомоторной ФЭ использовалась проба с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Реоплетизмографически на компьютерном реографе «Импекард» оценивали показатели эндотелийзависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой (ЭНЗВД) вазодилатации.

Результаты исследования ФЭ у обследуемых больных представлены в таблице.

Показатель	Здоровые лица	1-я группа	2-я группа
ЭЗВД,% до лечения (p<0,001)	28,31	6,18	6,35
после лечения (p<0,001)		12,54	20,46
ЭНЗВД,% до лечения (p<0,001)	30,67	26,35	25,98
после лечения (p<0,001)		28,84	29,58

Установлено, что прирост пульсового кровотока (ПК) в ответ на реактивную гиперемию до лечения был значительно снижен во всех группах больных по сравнению с практически здоровыми лицами. После терапии ЭЗВД у пациентов 1-й группы улучшилось в 2 раза, по сравнению с исходным уровнем, что проявлялось увеличением прироста ПК плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемию. Но наиболее выраженный эффект был достигнут в группе, где к стандартному лечению был добавлен эмоксипин – прирост ПК улучшился в 3,3 раза. ЭНЗВД практически не отличалось от исходного уровня, но проведенная терапия несколько улучшила данный показатель.

## ЛАЗЕРНЫЙ АНАЛИЗ УТЕЧЕК ГАЗА В ТРУБОПРОВОДАХ

*Борисюк Д.И., \*Клинцевич А.С., Ромашко А.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*\*Гродненский государственный университет им. Я. Купалы, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – к.ф.-м.н., доцент И.М. Бертель*

В ряде стран интенсивно разрабатываются различные методы обнаружения газовых утечек из газопроводов с углеводородами, в том числе и наиболее перспективные – лазерные. Помимо колоссальных убытков из-за утечек газа, это серьёзная угроза экологии. В данной работе предлагается оригинальный дистанционный лазерный метод, способный с высокой чувствительностью в реальном масштабе времени находить даже незначительные утечки в газопроводах.

Вдоль трассы трубопровода пролетает вертолет и осуществляет мониторинг воздушной среды. В нем устанавливается лазерный газоанализатор на основе ТЕА СО<sub>2</sub>-лазера, работающего на двух близких длинах волн по дифференциальной методике [1]. В месте утечки образуется облачко газа, содержащегося в трубопроводе. При этом лазерный луч проходит сквозь газовое облако, ослабляясь на определенной длине волны  $\lambda_1$  совпадающей с полосой поглощения детектируемого газа. Излучение другой близко отстоящей длины волны  $\lambda_2$  не поглощается газовым облачком. Двухволновое излучение отражается от земной поверхности и регистрируется оптико-электронным устройством лазера.

Известно, что в состав природного газа в основном входят предельные углеводороды – метан (СН<sub>4</sub>), этан (С<sub>2</sub>Н<sub>6</sub>), пропан (С<sub>3</sub>Н<sub>8</sub>), бутан (С<sub>4</sub>Н<sub>10</sub>) и другие [2].Нами был проведен расчет спектров поглощения этана в атмосферных условиях в

диапазоне длин волн 12 мкм. Этан имеет две полосы поглощения в области 3,5 и 12 мкм.

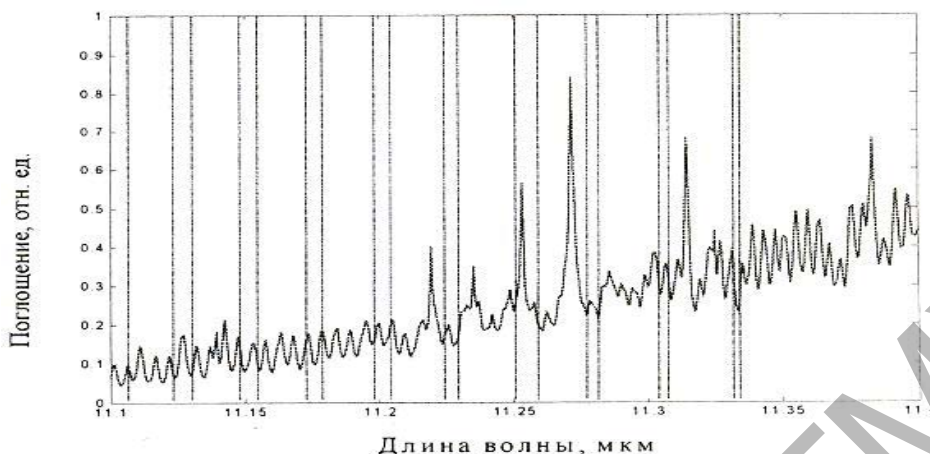


Рис.1. Участок спектра поглощения этана в диапазоне 11,1 – 11,4 мкм.

Теоретически удобна, с точки зрения лазерного газоанализа, 3,5 мкм полоса этана. Однако в этом спектральном диапазоне до сих пор не созданы мощные эффективные лазеры. 12 мкм спектральная полоса более удобная для детектирования, чем 3,5 мкм потому, что в этом диапазоне генерирует достаточно простой и эффективный CO<sub>2</sub>-лазер на линиях горячей полосы молекулы CO<sub>2</sub> [3]. Кроме того, в этом диапазоне не существенно поглощение паров воды и ослабление лазерного излучения атмосферой.

#### Литература:

1. В.Н. Арефьев «Известия АН СССР, Физика атмосферы и океана», т. 27, № 11 (1991).
2. Нефтегазовая вертикаль, №7, 2006.
3. Bertel I.M., Petukhov V.O., Churakov V.V., Trushin S.A. TEA CO<sub>2</sub> laser effective oscillation on 01'1 – 11'0 hot band lines of isotopic species carbon dioxide / spectroscopy Lett. – 1983. – V16, N6, p 403-408.

## ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ

**Боровик Т.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Руководитель - ассистент Василевская Н.Ф.*

Поражение почек при множественной миеломе наблюдается более чем у 20 % больных. Миеломная нефропатия является наиболее частой висцеральной патологией и одной из основных причин сокращения продолжительности жизни больных. Клинически миеломная нефропатия проявляется тремя основными синдромами: протеинурией, патологией мочевого осадка и хронической почечной недостаточностью, характеризующейся концентрацией креатинина в сыворотке крови и скоростью клубочковой фильтрации[3]. Протеинурия является наиболее ранним проявлением миеломной нефропатии.

Целью работы является определение взаимосвязи между величиной протеинурии и степенью поражения почек, а также определение чувствительности к лечению химиопрепаратами у больных с протеинурией.

Проанализированы истории болезни больных множественной миеломой, проходивших курсы химиотерапии в 2007 году, у которых на момент установления

диагноза или в процессе лечения выявлена протеинурия. Таких больных оказалось шесть.

На момент исследования II стадия заболевания установлена у двух, III – у четырех пациентов. В дебюте заболевания протеинурия выявлялась у 3 больных, у 2-х из них концентрация креатинина была повышена (145 и 257 мкмоль/л). У остальных троих больных протеинурия выявлялась через 2, 6 и 12 месяцев соответственно от начала лечения, причем, у одного из них креатинин сыворотки крови составлял 425 мкмоль/л. Величина протеинурии у пациентов с повышенным содержанием креатинина составляла от 0,1 до 13 г/л, а у больных с нормальным содержанием креатинина – от 0,14 до 4,04 г/л.

Уровень креатинина оказался повышенным у 3 больных (50%) множественной миеломой с протеинурией, причем, при повышении уровня белка в моче происходило повышение концентрации креатинина в сыворотке крови.

При анализе характера протеинурии оказалось, что у трех (50%) больных определяется гиперпродукция легких лямбда или каппа цепей, причем у 2 из них концентрация креатинина превышала 150 мкмоль/л.

Патология мочевого осадка выявлена у 5 из 6 больных множественной миеломой с протеинурией. У четырех больных выявлены лейкоциты (до 25-27), количество которых приближалось к норме после антибиотикотерапии. Также в мочевом осадке выявлялись гиалиновые цилиндры, ураты и оксалаты. Удельная плотность мочи составляла в среднем 1008 – 1009 г/мл.

Сравнение результатов лечения показало большую эффективность схемы циклофосфан + алкеран + преднизолон + винкристин[2]. При этом у 5 из 6 больных, получавших такую комбинацию препаратов, наблюдалось уменьшение протеинурии и концентрации креатинина, происходило повышение уровня гемоглобина. В то же время комбинация преднизолон + циклофосфан, применявшаяся у троих больных, привела к снижению протеинурии только у одного больного, у остальных двух развилась отрицательная динамика по показателям протеинурии.

Таким образом, величина протеинурии у больных множественной миеломой отражает степень поражения почечной паренхимы. Наличие легких цепей при иммунохимическом анализе мочи способствует более быстрому развитию почечной недостаточности. Динамика выявленной протеинурии на фоне стандартной VMCP-терапии отражает ее оптимальность при миеломной нефропатии.

#### **Литература:**

1. Абдулкадыров К.М. Бессмельцев А.Множественная миелома.- М.:Медицина,2007.
2. Воробьев А.И.Руководство по гематологии.-М.:Ньюдиамед,2003.-Т.2- С.151-173.
3. Blade J, Fernandez P, Bosch E. et al. Renal failure in Multiple Myeloma // Arch. Intern Med. –1998. –V.158. -№28. –P.1889-1892. Vol.158, Sept. 28. 1998.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ**

***Бородинская В.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии*

*Научный руководитель – к.м.н., ассистент Лелевич С.В.*

Печень играет важную роль в поддержании гомеостаза, благодаря регуляции интенсивно протекающих в ней процессов обмена белков, липидов и углеводов. Целый

ряд токсических соединений, попадающих в организм, в первую очередь вступают в контакт с гепатоцитами, тем самым вызывая их повреждение. В наших экспериментах в качестве гепатотропного яда был использован четыреххлористый углерод (CCl<sub>4</sub>). Образующиеся в результате его биотрансформации свободные радикалы взаимодействуют с белками и липидами, инициируя процессы ПОЛ. В этой связи, при проведении комплексной терапии токсических поражений печени, помимо «базовых» препаратов целесообразно использовать вещества, предотвращающие развитие окислительного стресса. В нашем исследовании в качестве таких препаратов использовались пантенол и L- карнитин, а также их композиция. Данных о влиянии этих веществ на обмен углеводов практически нет. Целью данного исследования являлось изучение состояния углеводного обмена в печени крыс при введении CCl<sub>4</sub>, а также после коррекции пантенолом и L- карнитином.

В эксперименте были использованы белые крысы-самцы массой 200-230 г, находящиеся на стандартном рационе вивария со свободным доступом к воде. CCl<sub>4</sub> вводили однократно в дозе 2,5 мл/кг в виде 50 % раствора на оливковом масле. Контрольные животные внутримышечно получали эквивалентное количество масла. Спустя 6 ч после введения четыреххлористого углерода опытные животные получали внутривенно в течение 3 сут. пантенол (100 мг/кг) и L- карнитин, а также смесь обоих препаратов в аналогичной дозе. Через 24 ч после последнего введения препаратов животных декапитировали. В гомогенатах печени определяли активность гексокиназы (ГК), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), а также содержание глюкозы и глюкозо-6-фосфата (Г-6-Ф). В плазме крови активность аминотрансфераз (АЛТ и АСТ) определяли по методу Ройтмана.

В результате исследования показано, что введение четыреххлористого углерода инициирует повреждение мембран гепатоцитов. Это подтверждается увеличением активностей АЛТ и АСТ в плазме крыс. Активность ГК при этом снижается на 40 %, а Г-6-ФДГ - увеличивается на 50 % по сравнению с контрольными значениями. Одновременно с этим содержание Г-6-Ф снижается на 40%, а уровень глюкозы в печени экспериментальных животных увеличивается на 60%. Введение пантенола и L- карнитина нормализовало активности ферментов углеводного обмена, а также содержание основных субстратов метаболизма глюкозы.

Полученные данные свидетельствуют о выраженном гепатопротекторном действии обоих препаратов, которое наиболее выражено при их комбинированном применении и создают предпосылки к использованию данных веществ в комплексной терапии токсических поражений печени.

## **БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ИШЕМИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫПОЛНЕНИЯ**

*Божко Д.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич*

В последнее десятилетие в реконструктивной хирургии атеросклеротических окклюзий магистральных артерий нижних конечностей стали широко использоваться шунты из политетрафторэтилена. Однако эффективность подобных шунтирующих операций не ясна.

Целью настоящей работы явилась оценка проходимости шунтов из политетрафторэтилена при атеросклеротических окклюзиях артерий бедренно-подколенного сегмента.

Нами проанализированы исходы реконструктивных артериальных операций на магистральных артериях нижних конечностей у 78 больных облитерирующим атеросклерозом. Из них мужчин было 76, женщин – 2. Средний возраст пациентов составил  $56,5 \pm 2,3$  лет. Исходная хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей 2б стадии имела у 28 больных, 3 стадии – у 26, 4 стадии – у 24. Реконструктивная артериальная операция на артериях нижних конечностей выполнялась после комплексного лабораторно-инструментального обследования больных, включающего, в первую очередь, рентгеноконтрастную ангиографию. Операция выполнялась под перидуральной анестезией. Оценивались исходы выполненных операций к моменту завершения раннего послеоперационного периода и последующих 3 лет послеоперационного наблюдения.

Интраоперационных осложнений и летальных исходов операций отмечено не было. Непосредственная продолжительность этапа операции шунтирования равнялась  $56,2 \pm 1,2$  мин. Однако после включения тока крови по шунту наблюдалась повышенная кровоточивость из линии швов анастомозов до  $21,3 \pm 3,2$  мин.

В раннем послеоперационном периоде гнойные осложнения реконструктивных артериальных операций с использованием протезов из политетрафторэтилена отмечены у 1 больного, тромбоз шунтов – у 3: в одном случае после выполнения шунтирования выше щели коленного сустава и в 2 – ниже щели коленного сустава. Причиной тромбоза явилось несоответствие объемной скорости тока крови по шунту с емкостью воспринимающего сосудистого русла. Все прооперированные пациенты были выписаны с сохраненной нижней конечностью.

В течение последующих 3 лет динамического послеоперационного наблюдения проходимыми оказались шунты у 64 больных с сохранением нижней конечности у 74. Отмечена прямо пропорциональная зависимость между проходимостью шунтов и количеством функционирующих артерий на голенях, обратно пропорциональная зависимость – от протяженности шунта и стадии ишемии нижней конечности. Больные с развившимся тромбозом шунтов перенесли повторные реконструктивные операции – шунтирование реверсированной аутовеной, взятой на контрлатеральной нижней конечности или армированным протезом из политетрафторэтилена.

Таким образом, артериальное шунтирование с применением протезов из политетрафторэтилена при атеросклеротических окклюзиях бедренно-подколенного сегмента выполняется достаточно быстро и сопровождается высокой клинической эффективностью. Вместе с тем, требует разработки комплекс мероприятий по послеоперационной профилактике как ранних, так и отдаленных тромбозов шунтов из политетрафторэтилена.

## **КОРРЕКЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «РОГЛИТ» У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

***Братухина М.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
курс эндокринологии, кафедра акушерства и гинекологии*

*Научные руководители- д.м.н., проф. Кажина М.В., к.м.н. Никонова Л.В.*

В последнее время во всем мире продолжается увеличение регистрации метаболического синдрома у женщин репродуктивного возраста. Это связано с

изменением образа жизни и питания, увеличением техногенности и искусственности пищевой промышленности.

**Цель исследования:** оценить эффективность применения розиглитазона (Роглита) в сочетании с диетотерапией и дозированными физическими нагрузками у пациенток, страдающих ожирением и нарушениями менструальной функции.

**Дизайн исследования:** диагноз МС был верифицирован по шкале АТР 3 у 37 пациенток в соответствии с критериями включения и исключения. Все пациентки в течение 4 месяцев получали терапию роглитом в дозе 2-4 мг/сутки в непрерывном режиме утром натощак в комплексе с диетотерапией и изменением образа жизни. Исходно и после лечения определялись следующие параметры и проводились методы обследования: общее клиническое исследование, оценка антропометрических показателей: рост, вес, ИМТ, окружности талии и бедер.

**Результаты и обсуждение:** Менструальный цикл восстановился у всех пациенток в течение 1 месяца приема препарата. Полученные результаты свидетельствуют о том, что прием Роглита в дозе 2-4 мг в течение четырех месяцев оказал позитивное влияние на некоторые показатели жирового, углеводного и гормонального статуса у больных с МС. Достоверно снижены оказались уровни: эстрадиола ( $p=0,09$ ), глюкозы ( $p=0,05$ ), и так же достоверно снизился вес пациентов ( $p=0,05$ ), ИМТ и уровень инсулина имели тенденцию к снижению.

Параметры	До лечения	После лечения	Достоверность
	N = 37	N = 26	
	М	М	Р
эстрадиол	7,387	0,8317	0,091331
прогестерон	10,417	8,4600	0,641160
глюкоза	5,964	5,3016	0,0533676
Вес	95,807	87,6842	0,054169
Рост	1,701	1,6368	0,013058
ИМТ	32,893	33,1211	0,869597
ОТ	99,544	94,9474	0,219640
ОБ	112,860	111,0000	0,400078
ОТ/ОБ	0,880	0,8558	0,351448

**Выводы:**

1. На фоне терапии Роглитом развивается достоверная коррекция нарушения менструального цикла, независимо от % редукции массы тела по сравнению с исходным.
2. В результате лечения выявлены достоверные данные нормализации показателей углеводного обмена (эндогенный инсулин, глюкоза крови).

## ДОБАВОЧНЫЕ ПОЧЕЧНЫЕ АРТЕРИИ

*Брикач А.В.*

*Гродненский государственный университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Пашенко Т.П.*

Из учебной литературы известно, что почечные артерии, начавшись от брюшной части аорты, направляются к воротам почки, где разделяются на ветви к верхнему полюсу, к нижнему полюсу и центральные ветви. Затем, углубляясь в почечный синус, делятся на более мелкие внутривнепочечные сосуды.

Из научных литературных данных известно, что ветви брюшной части аорты весьма вариабельны, и к почке часто идет дополнительная артериальная ветвь к верхнему или нижнему полюсам.

Нами предпринято изучение хода и топографии парных висцеральных ветвей брюшной части аорты.

Материалом для исследования этих сосудов послужили 10 трупов обоего пола (6 мужских и 4 женских).

Путем препарирования, путем морфометрических измерений и последующей наружной окраски почечных артерий лаком мы обнаружили на двух трупах женского пола справа дополнительные почечные артерии, которые начинались выше магистрального ствола самой почечной артерии.

В одном случае артерия направлялась к правой почке параллельно почечной артерии до нижней полой вены, а сзади вена резко опускалась вниз к нижнему полюсу почки и по пути пересекала почечную вену.

Во втором случае дополнительная артерия начиналась справа от брюшной аорты, направлялась к верхнему полюсу почки, а по пути от нее отходила небольшого калибра ветвь к нижнему полюсу.

В заключение необходимо отметить, что почечные артерии – весьма вариабельные сосуды, и к полюсам идут крупные артериальные стволы, что необходимо учитывать при хирургических вмешательствах на почках.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*Брицько А.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Заборовский Г.И.*

Острый панкреатит относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта и по частоте возникновения занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом, особенно деструктивных форм. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5% до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60 %, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [1].

В связи с актуальностью данного заболевания в современных реалиях, было проведено данное исследование, целью которого явилось изучить некоторые особенности госпитализации в хирургический стационар.

**Материалы и методы.** Статистическим методом были изучены 2693 статистические карты выбывшего из стационара (форма 066-у) отделения экстренной хирургии 10 ГКБ г. Минска за 2006 год.

**Результаты и их обсуждение.** Учету были подвергнуты все случаи госпитализации в хирургический стационар с диагнозом направившего учреждения «острый панкреатит», а также все случаи, в которых данный диагноз был выставлен непосредственно в отделении экстренной хирургии.

Нами установлено, что в указанный стационар поступило 306 больных (11,4 % от всех поступивших) с острым панкреатитом, однако только у 47 из них (15,4 %) диагноз подтвердился данными клинических исследований. Кроме того, у 42 больных (1,6 % от



числа всех поступивших) данное патологическое состояние не было диагностировано на догоспитальном этапе.

Все исследуемые были разделены на три возрастные группы; установлено среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, по поводу обсуждаемой патологии.

**Выводы.** Нами были изучены некоторые показатели госпитализации в хирургический стационар 10 ГКБ г. Минска у пациентов, лечившихся по поводу острого панкреатита и были выявлены следующие закономерности:

1. Острым панкреатитом чаще болеют мужчины в возрасте 40-59 лет (34 %).
2. Имеет место гипердиагностика данного заболевания: диагноз острого панкреатита выставлен у 15,4 % госпитализированных; в то же время данное заболевание у 13,4 % больных не было установлено на догоспитальном этапе.
3. Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре этими пациентами, составляет 10,7, что свидетельствует о сложности и значительных экономических затратах при лечении больных с острым панкреатитом.

**Литература:**

1. Ярема И. В. Острый панкреатит // Русский медицинский сервер. Медицинская газета, электронная версия. №72 – 26 сентября 2003 г.: URL: [http://medgazeta.rusmedserv.com/2003/72/article\\_324.html](http://medgazeta.rusmedserv.com/2003/72/article_324.html)

## **ГЛУТАТИОНОВЫЙ РЕДОКС-ЦИКЛ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ**

*Буденис О.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

*Научный руководитель – к.б.н., доц. Н.Э.Петушок*

Хроническое потребление этанола неизбежно сопровождается нарушением функций практически всех органов и систем организма, среди которых наиболее частыми и выраженными являются поражения печени. Типовым патологическим процессом, разворачивающимся на фоне алкогольной интоксикации, является активация перекисного окисления липидов, вызываемая снижением стационарных концентраций антиоксидантов (витамина Е, а также селена и цинка, являющихся компонентами глутатионпероксидазы и супероксиддисмутазы). Помимо этого, и метаболизм этанола ведет к образованию существенных количеств активных форм кислорода, создавая все предпосылки для развития окислительного стресса. Поэтому вопросы нарушения баланса между активностью свободнорадикальных процессов и резервными возможностями антиоксидантной системы при алкогольной интоксикации представляют существенный интерес. Целью представленной работы явилось исследование состояния глутатионного редокс-цикла и интенсивность процессов липопероксидации в период абстиненции после алкогольной интоксикации.

В эксперименте использовали белых беспородных крыс-самцов массой 180-200 г, разделенных на 5 групп и содержавшихся на стандартном рационе вивария. Для моделирования хронической алкогольной интоксикации животным опытных групп в течение 5 суток дважды в сутки внутривентрикулярно вводили 25% раствор этанола в дозе 5г/кг массы тела. Животные контрольной группы вместо раствора этанола получали эквивалентные количества 0.9% раствора хлорида натрия в том же режиме. Крыс 1-й

опытной группы декапитировали через 3 часа после последнего введения алкоголя, животных 2-й, 3-й и 4-й групп – спустя 1, 3 и 7 суток после последнего введения этанола соответственно. У животных извлекали печень, которую замораживали в жидком азоте и хранили при  $-80^{\circ}\text{C}$  до исследования. В гомогенатах печени оценивали содержание восстановленного глутатиона и тиобарбитурат-реагирующих продуктов (ТБК-РП), активность глутатионредуктазы (ГР) и глутатионпероксидазы (ГПО). Белок определяли по методу Лоури, концентрацию восстановленного глутатиона (GSH) – спектрофотометрически с использованием реактива Элмана. О количестве ТБК-РП судили по интенсивности характерного розового окрашивания, возникающего при реакции с тиобарбитуровой кислотой. Активность глутатионредуктазы определяли по убыли НАДФН в реакционной смеси, об активности глутатионпероксидазы (субстрат  $\text{H}_2\text{O}_2$ ) судили по утилизации ферментом восстановленного глутатиона. Полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента.

Согласно полученным нами результатам, наиболее выраженные изменения исследуемых показателей наблюдались в течение первых суток после отмены этанола. Так, отмечено снижение концентрации GSH на 39% спустя 3 часа после введения алкоголя. В этот же срок наблюдается и снижение активности ГПО (на 28% по сравнению с животными контрольной группы). Это падение активности сохраняется в течение суток. Достоверных изменений активности ГР и содержания ТБК-РП ни в один из сроков развития абстинентного синдрома нами не обнаружено. Такие изменения могут быть следствием как прямого, так и опосредованного действия алкоголя. В частности, можно предположить, что снижение активности ГПО вызвано секвестрирующим действием самого этанола в отношении Se. Уменьшение же содержания восстановленного глутатиона, скорее всего, является эффектом повышения концентрации ацетальдегида, который, как известно, весьма активно взаимодействует с SH-группами, модифицируя таким образом аминокислоты, белки и регуляторные пептиды.

## **К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ**

**Бузук Е.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра психиатрии с курсом общей психологии*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Е.Г. Королева*

Согласно статистическим данным, шизофрения является наиболее распространенным психическим заболеванием, часто приводящим к ранней и инвалидизации пациентов или их гибели, а также совершению ими общественно опасных действий.

Несмотря на широкий спектр методов лечения шизофрении, ни один из них нельзя считать единственно правильным и безусловно эффективным. По этой причине шизофрения имеет тенденцию к накоплению в популяции. В большой степени это связано с существенным запаздыванием адекватной диагностики заболевания (Perzynski J., 1984) и, соответственно, значительное запаздывающее назначение адекватной терапии. В то же время ряд исследователей указывают на то, что раннее лечение пациента с впервые диагностированной шизофренией имеет значение для благополучия его психического состояния и социального положения в будущем. Подобные заявления базируются на следующих основных положениях:

- Нейропсихические и нейроморфологические нарушения появляются в ранней стадии шизофрении и со временем почти не меняются.

- Характер течения шизофрении в первые два года с момента появления симптоматики определяет течение заболевания в последующие годы.
- По данным ретроспективных исследований больных с первым приступом шизофрении, более длительный период болезни до назначения лекарственной терапии коррелирует с менее благоприятным исходом заболевания.
- По данным проспективных исследований больных с первым приступом шизофрении, более длительный период продромальных признаков и психотической симптоматики до начала лечения служит прогностическим признаком более низкого качества ремиссии, а большая длительность психотической симптоматики до начала лечения имеет связь с увеличением времени, необходимого для достижения ремиссии.

Таким образом, справедливо утверждение, что характер течения болезни в первые два года может в значительной мере определять ее отдаленный исход. Поэтому нельзя переоценить важность первого приступа психоза, его максимально скорого выявления и оказания соответствующей помощи на самых ранних этапах заболевания.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА, С ДИАГНОЗОМ «ЛИХОРАДКА НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ»**

*Бузык Т.Г., Пранюк Ю.Е., Гусак Ю.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.*

*Кафедра инфекционных болезней*

*Научный руководитель: доцент, к.м.н. Васильев А.В.*

Нами ранее проведено исследование, касающееся проблемы постановки окончательного диагноза больным, которым на догоспитальном и раннем госпитальном этапе был выставлен диагноз «лихорадка неустановленной этиологии» (далее ЛНЭ).

**Целью настоящего исследования** изучить особенности контингента больных, поступивших отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Гродненской областной инфекционной клинической больницы в течение периода с 1998 по 2006 год с направительным диагнозом ЛНЭ.

**Материал и методы.** Из 2100 случаев госпитализации в ОРИТ ГОИКБ больных в течение периода с 1998 по 2006 год, было 10 больных, которым на догоспитальном этапе был выставлен диагноз ЛНЭ. Данные 89 параметров этих больных подвергнуты описательно-статистическому и корреляционному анализу (Gamma).

**Полученные результаты.** Из всех больных, лечившихся в ОРИТ ГОИКБ с 1998 по 2006 год (2100 пациентов), больные с ЛНЭ составили  $0,48 \pm 0,15\%$  случаев (10 пациентов). Эта категория больных отличалась более высокой летальностью  $10,0 \pm 10,0\%$  (в сравнении с остальными больными ОРИТ –  $4,5 \pm 0,45\%$  случаев). Длительность пребывания этой группы больных в ОРИТ составила в среднем  $7,9 \pm 1,8$  дней, в то время как у больных с другими диагнозами она составила  $4,9 \pm 0,14$  дней. В основном, группа больных с ЛНЭ представлена лицами в возрасте от 19 до 40 лет ( $60,0 \pm 16,33\%$ ) в то время как больные с другими диагнозами, представлены данной возрастной группой только в  $15,1 \pm 0,65\%$  случаев ( $p < 0,001$ ). Коррелятивная связь диагноза ЛНЭ с возрастом 19-40 лет составила  $(+0,79; p < 0,001)$ . Примечателен тот факт, что больные с ЛНЭ поступали в ОРИТ чаще в июне месяце ( $30,0 \pm 15,3\%$ ) в то время как госпитализация в ОРИТ других категорий больных в июне была только в  $8,4 \pm 0,57\%$  случаев ( $p < 0,01$ ). Корреляционная связь поступления больных ЛНЭ с июнем

составила (+0,65;  $p < 0,01$ ). По частоте ОКИ группа больных с диагнозом ЛНЭ не отличалась от остальных больных ( $30,0 \pm 15,3\%$  и  $39,2 \pm 1,0\%$  соответственно), а по частоте постановки, в качестве окончательного диагноза, генерализованной формы сальмонеллеза  $20,0 \pm 13,0\%$  превосходила остальных больных ( $2,8 \pm 0,4\%$ ). Корреляционная связь ЛНЭ с окончательным диагнозом генерализованного сальмонеллеза составила (+0,79;  $p < 0,001$ ). Если в группе больных с ЛНЭ онкологическая патология составила  $10,0 \pm 10,0\%$ , то в общей массе больных ОРИТ эта патология выявлялась с частотой  $15,0 \pm 0,3\%$  ( $p < 0,1$ ), но корреляционная связь ЛНЭ с онкопатологией составила (+0,75;  $p < 0,001$ ). Туберкулез стал окончательным диагнозом у больных ЛНЭ в  $20,0 \pm 13,3\%$  случаев, в то время как у остальных больных ОРИТ диагностировался в  $8,0 \pm 0,75\%$  случаев.

**Выводы:** Число больных, поступающих в ОРИТ с диагнозом ЛНЭ, относительно невелико. Если среди больных, поступающих в стационар с диагнозом ЛНЭ, преобладали лица с ОРВИ и хроническим тонзиллитом, а также с гастроинтестинальными формами кишечных инфекций [1], то среди патологии, диагностируемой у больных, поступивших с диагнозом ЛНЭ в ОРИТ чаще регистрируются сепсис, генерализованный сальмонеллез, туберкулез и онкопатология.

#### **Литература:**

1. Пранюк, Ю.Е. Характеристика больных, обратившихся в инфекционный стационар с диагнозом «лихорадка неустановленной этиологии»/ Пранюк, Ю.Е. Бузук Т.Г., Гусак Ю.В.// Мат. науч. конф. молодых ученых и студентов, посв.памяти профессора Г.В. Кулаго.- Гродно, 2007.- С.393-394.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СУИЦИДАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Бузук С.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

Депрессия – один из важных факторов развития суицидального поведения.

Это связано в первую очередь с высоким процентом (около 70%) депрессивных больных в группе лиц, совершивших суицидальное действие. В среднем риск самоубийств среди людей в депрессии в 20 раз выше, чем в общей популяции населения. За последние 30 лет уровень самоубийств, особенно среди молодых людей (18-30 лет), возрос на 150%, что сочетается с параллельным возрастанием депрессивных состояний.

Таким образом, видно, что изучение соотношения депрессии и суицида в настоящее время имеет высокую актуальность.

**Цель:** выявить психологические особенности, влияющие на суицидальный потенциал у больных депрессивными расстройствами.

**Методы исследования:** для выявления психологических параметров в исследовании использовалась Интегративная система психодиагностики методом Роршаха.

#### **Материал исследования.**

В исследовании участвовали 44 пациента с депрессивными расстройствами, у которых по результатам метода Роршаха была выявлена суицидальная готовность (суицидальный индекс принимал значения 7 и выше). Среди исследуемых пациентов 31 человек (70%) с депрессивным эпизодом умеренной степени тяжести, 13 (30%) – с рекуррентным депрессивным расстройством, текущим эпизодом умеренной степени тяжести. Возраст испытуемых от 26 до 58 лет.

### **Анализ и интерпретация полученных данных.**

В ходе исследования было выявлено, что состояние, определяющее суицидальную готовность исследуемых пациентов, в большей степени зависело от влияния ситуационных факторов. Кроме этого, обнаружены следующие психологические особенности: значительно выраженный негативный аффект, эмоциональный дистресс, неудовлетворенность, снижен эмоциональный контроль, значительно повышена сложность переживаний, социальная неадаптивность, социальная пассивность, высокая негативная интроспекция, настроенность на эмоционально-близкие отношения с тенденцией к инфантильной зависимости. Обнаружены изменения и в когнитивной сфере: повышена когнитивная ригидность, интеллектуальная незрелость в сочетании с сохраненными механизмами когнитивной защиты: фантазированием и интеллектуализацией.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии у исследуемых пациентов выраженной эмоциональной дезорганизации в сочетании с недостаточностью социальных навыков на фоне сохранения когнитивных защитных механизмов.

## **АКТИВНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭТАНОЛА**

*Булат А. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биохимии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Масловская А. А.*

Алкоголь обладает широким спектром действия на биологические объекты. Печень является основным органом, осуществляющим катаболизм алкоголя, с чем связана роль этанола в возникновении повреждения этого органа при алкогольной интоксикации. Одним из органоспецифических ферментов для печени является глюкозо-6-фосфатаза (КФ 3.1.3.9). Этот фермент участвует в образовании свободной глюкозы из глюкозо-6-фосфата, который, в свою очередь, является конечным продуктом как гликогенолиза, так и глюконеогенеза [1]. Поступающая в кровь из печени глюкоза обеспечивает поддержание уровня гликемии в промежутках между приемами пищи (за счет гликогенолиза) или во время более длительного голодания (за счет глюконеогенеза). Целью работы явилось исследование влияния острой алкогольной интоксикации при однократном введении этанола в различных дозах на активность глюкозо-6-фосфатазы в печени крыс. Полученные результаты могут быть использованы для более глубокого понимания механизмов возникновения гипогликемических состояний, которые могут возникать при употреблении алкоголя

Опыты проводились на белых беспородных крысах-самцах, массой 180-200 г, находившихся на стандартном рационе вивария. Пищу и питье животные получали без ограничений. Контрольные животные внутрибрюшинно получали инъекции изотонического раствора NaCl. Опытным крысам разных групп внутрибрюшинно вводили этанол однократно в дозе 1 г/кг, 2,5 г/кг или 5 г/кг. Декапитация через 1 час после инъекции. Однократное введение алкоголя животным, не получавшим его ранее, исключает формирование толерантности к этанолу. В надосадочной фракции гомогената печени крыс определяли активность глюкозо-6-фосфатазы [2].

Установлено, что однократное введение этанола в дозе 1 г/кг или 2,5 г/кг не изменяло активность глюкозо-6-фосфатазы в печени крыс через 1 час после инъекции, и только доза 5 г/кг приводила к повышению активности фермента.

Возрастание активности фермента через 1 час после введения этанола в дозе 5 г/кг свидетельствует об увеличении образования свободной глюкозы и может быть обусловлено гормонозависимой стресс-реакцией, вызванной токсической дозой введенного алкоголя, либо может оказаться следствием эффекта ацетальдегида (наиболее токсичного метаболита этанола), являющегося активным симпатомиметическим агентом [3]. Высокая чувствительность глюкозо-6-фосфатазы к стимулирующему влиянию гормонов стресса [4] позволяет предположить, что активация глюкозо-6-фосфатазы при остром введении этанола, возможно, обусловлена индукцией фермента кортикостероном, повышенный уровень которого наблюдается в крови у крыс при этом состоянии и является проявлением стресс-реакции [5], вызванной быстрым началом острой интоксикации. Более низкие дозы этанола (1 г/кг и 2,5 г/кг), по-видимому, не влияют на гормональный статус животных, с чем может быть связан стабильный уровень активности глюкозо-6-фосфатазы у крыс этих групп.

#### **Литература**

1. Кендыш И. Н. Регуляция углеводного обмена. – М.: Медицина, 1985. – 272 с.
2. Koide H., Oda T. // Clin. Chim. Acta. – 1959. – Vol. 4. – N 4. – P. 554-561.
3. Forsander O.A. Proc. Int. Med. Symp. Alcohol and Drug Dependence. 1978. – Vol. 23. – P. 182-196.
4. Pilkis S. J., El-Maghrabi M. R. // Ann. Rev. Biochem. – 1988. – Vol. 57. – P. 755-783.
5. Тарасов Ю. А. // Доклады АН БССР. – 1988. – Т. 32. - № 3. – С. 274-276.

## **РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*Булат А. В., Дейко Ю.И., Лиходиевский И.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской хирургии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.*

Синдромом полиорганной недостаточности называется состояние, при котором органы или системы органов не способны выполнять свои жизнеобеспечивающие функции. Это состояние может быть вызвано системными процессами, такими, как сепсис и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), или политравмой, кровопотерей и пр. Своевременно некупированный шок неизменно прогрессирует в СПОН – грозное осложнение, которое более чем в половине случаев заканчивается трагически. Причинные изменения лежат на клеточном уровне и обусловлены дефицитом кровоснабжения и нарушениями циркуляции в самих органах. Это ведет к нарушению транспортной функции клеточных мембран, повышению их проницаемости и возрастанию энергетических потребностей клетки. Главным фактором инициирования СПОН является эндотоксин, представляющий собой липополисахаридную субстанцию (LPS), токсический эффект которой обусловлен входящим в ее состав липидом А. Выделившийся эндотоксин активирует множественные биологические системы: кининовую, систему коагуляции, контактную, комплемента, клетки периферической крови – нейтрофилы, эозинофилы, моноциты, макрофаги, а также эндотелиоциты с инициированием освобождения множества медиаторов, что образно названо "метаболической анархией" и проявляется повышением уровня лактата, общих липосахаридов, простаглицлинов, ростом активности циклооксигеназы, коагулопатией, низким уровнем циркулирующих антител, что отражает избыточную неуправляемую активацию моноцитмакрофагальных цитокинов, бесконтрольность которой является основой

формирования СПОН при критических состояниях различной этиологии. Именно поэтому разработка теоретических основ патогенетически оправданной терапии остается в центре внимания исследователей. Целью данного исследования являлось исследование развития СПОН вследствие гипоксии и острой кровопотери. Описанные изменения могут быть обратимыми, если применение интенсивных мероприятий позволяет своевременно разорвать порочный круг.

В исследовании проводился сравнительный анализ развития СПОН в послеоперационном периоде при острой кровопотере с утоплением. Были проанализированы истории больных с минно-взрывными ранениями и острой кровопотерей (4), с острым деструктивным панкреатитом (2), с сочетанной травмой грудной клетки и дыхательной недостаточностью (4), с генерализованным атеросклерозом аорты и подвздошных артерий (2). Полученные данные свидетельствуют о том что развитие СПОН сильно зависит от гипоксии, наиболее тяжелый СПОН развивался при утоплении (длительная гипоксия) и при острой кровопотере (потеря до 3-4 л крови). При генерализованном атеросклерозе СПОН протекает в более легкой форме.

Наиболее частой причиной развития СПОН в раннем послеоперационном периоде у хирургических больных был гиповолемический (геморрагический) шок, В связи с этим главная цель проводимой терапии должна быть направлена на быструю стабилизацию органических функций за счет оптимизации доставки и потребления кислорода, обеспечения адекватного кровообращения органов и транспорта необходимых энергетических субстратов. Эти данные позволяют сделать вывод о том, что при проведении оксигенотерапии, дезинтоксикационных мероприятий, переливания крови в более ранний срок можно добиться снижения тяжести СПОН или предотвратить его развитие.

Литература

1. Hansard P.C. et al., 2004
2. Bone R.C., 1994
3. Mammen E.F., 1996
4. Папапетрополос А., Катравас Дж., 1997
5. Fishel R. et al., 2003

## **ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

*Булат А. В., Дейко Ю.И., Лиходиевский И.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.*

Синдромом полиорганной недостаточности называется состояние, при котором органы или системы органов не способны выполнять свои жизнеобеспечивающие функции. Это состояние может быть вызвано системными процессами, такими, как сепсис и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), или политравмой, кровопотерей и пр. Своевременно некупированный шок неизменно прогрессирует в СПОН – грозное осложнение, которое более чем в половине случаев заканчивается трагически. Причинные изменения лежат на клеточном уровне и обусловлены дефицитом кровоснабжения и нарушениями циркуляции в самих органах. Это ведет к нарушению транспортной функции клеточных мембран, повышению их проницаемости и возрастанию энергетических потребностей клетки. Главным фактором инициирования СПОН является эндотоксин, представляющий собой

липополисахаридную субстанцию (LPS). Выделившийся эндотоксин активирует множественные биологические системы: кининовую, систему коагуляции, контактную, комплемента, клетки периферической крови – нейтрофилы, эозинофилы, моноциты, макрофаги, а также эндотелиоциты с иницированием освобождения множества медиаторов, что образно названо “метаболической анархией”. Целью данного исследования являлось исследование развития СПОН в послеоперационном периоде. Описанные изменения могут быть обратимыми, если применение интенсивных мероприятий позволяет своевременно разорвать порочный круг.

В исследовании проводился сравнительный анализ развития СПОН в послеоперационном периоде при острой кровопотере и утоплении. Были проанализированы истории больных с минно-взрывными ранениями и острой кровопотерей (4), с острым деструктивным панкреатитом (2), с сочетанной травмой грудной клетки и дыхательной недостаточностью (4), с генерализованным атеросклерозом аорты и подвздошных артерий (2), с утоплением (2). Полученные данные свидетельствуют о том что развитие СПОН сильно зависит от гипоксии, наиболее тяжелый СПОН развивался при утоплении (длительная гипоксия) и при острой кровопотере (потеря до 3-4 л крови) и сочетавшаяся с ДВС-синдромом, СС-недостаточностью и энцефалопатией. СС-недостаточность проявляется тахикардией, нестабильной гемодинамикой, нарушением процесса реполяризации миокарда, нарушениями ритма. Со стороны ЦНС: послеоперационные психозы, интоксикационный делирий, нарушения сознания (возбуждение, заторможенность, сопор, кома). При генерализованном атеросклерозе СПОН протекает в более легкой форме: микроциркуляторные расстройства, гипоксия, умеренная азотемия, катаболические сдвиги, лейкоцитоз, тромбоцитопения, нарушение функций ЦНС.

Наиболее частой причиной развития СПОН в раннем послеоперационном периоде у хирургических больных был гиповолемический (геморрагический) шок. В связи с этим главная цель проводимой терапии должна быть направлена на быструю стабилизацию органных функций за счет оптимизации доставки и потребления кислорода, обеспечения адекватного кровообращения органов и транспорта необходимых энергетических субстратов. Положительная динамика разрешения СПОН с тенденцией к нормализации перечисленных клинических и параклинических показателей наблюдалась нами уже к исходу первых суток ИТ. В наиболее тяжелых случаях приходилось проводить ее в течение 1,5 - 2 недель.

#### **Литература**

1. Hansard P.C. et al., 2004
2. Bone R.C., 1994
3. Mammen E.F., 1996
4. Папапетрополос А., Катравас Дж., 1997
5. Fishel R. et al., 2003
6. Корячкин В.А. Интенсивная терапия угрожающих состояний. Ст-Петербург 2002



# ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ MODS 2 (MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SCORE) В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ КРИТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Булат А. В., Дейко Ю.И., Лиходиевский И.В*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Маслакова Н.Д.*

Своевременно некупированный шок неизменно прогрессирует в СПОН – грозное осложнение, которое более чем в половине случаев заканчивается трагически. Именно поэтому разработка теоретических основ развития СПОН и патогенетически оправданной терапии остается в центре внимания исследователей. СПОН является более тяжелой фазой развития ССВО и представляет собой неспецифическую стресс-реакцию организма высокой степени выраженности. Синдромом полиорганной недостаточности называется состояние, при котором органы или системы органов не способны выполнять свои жизнеобеспечивающие функции. Это состояние может быть вызвано системными процессами, такими, как сепсис и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), или политравмой, кровопотерей и пр. СПОН часто приводит к смерти, при этом прогноз всецело зависит от количества пораженных органов. Для ранней диагностики и решения вопроса выбора методов лечения наибольшее клиническое значение имеют балльные оценочные шкалы. Целью работы является анализ возможностей, которые открывает использование шкал для прогноза течения патологического процесса, сравнительной оценки эффективности разных подходов к терапии, рационализации материальных затрат и управления потоком больных. Кроме того, отсутствие простых и надежных критериев прогноза критических состояний приводит к тому, что у более половины поступивших в стационары имеет место недооценка тяжести в режиме реального времени.

Во время исследования были рассчитаны баллы по MODS 2 для 14 больных с СПОН, развившимися по разным причинам: 4 – минно-взрывные ранения, 4 – сочетанная травма органов грудной клетки, 2 – острый деструктивный панкреатит, 2 – утопление, 2 – генерализованный атеросклероз аорты и подвздошных артерий. В данной шкале расчет проводится при выделении 6 функциональных систем с определением от 2 до 6 уровней, характеризующих тяжесть поражений. При суммировании баллов получается некое результирующее, численно выражающее тяжесть состояния пациента и оценивающее возможность летального исхода в отделении интенсивной терапии.

В ходе исследования было выявлено, что при остром деструктивном панкреатите, утоплениях, генерализованном атеросклерозе аорты и подвздошных артерий происходила недооценка тяжести состояния: время нахождения в стационаре было увеличено вследствие развития СПОН. При применении данной системы (MODS 2) можно было на более раннем этапе приступить к патогенетической терапии и получить положительные результаты лечения в более скором времени.

Фактор времени играет одну из ключевых ролей и при раннем начале патогенетической терапии существенно меняет картину. Для ранней диагностики и решения вопроса выбора методов лечения наибольшее клиническое значение имеют балльные оценочные шкалы. Внедрение данной шкалы подсчета тяжести состояния больных будет рациональным и целесообразным действием, которое поможет более

быстро и качественно оценить состояния больных и в какой-то степени снизить частоту развития СПОН.

#### **Литература**

1. Numenczyk-Zybala M. et al., 2001
2. Корячкин В.А., Интенсивная терапия угрожающих состояний. Ст-Петербург 2002
3. Okuno R. et al., 2004
4. Поезе М., Рэмсэй Дж., 1995 под ред. Недашковского Э.В., 1997
5. Руднов В.А., Винницкий Д.А., 2000

## **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК ПОТОМСТВА БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ БЕРЕМЕННЫХ**

**Бурак О.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

*Научный руководитель – к.б.н., ст.пр. Михальчук Е.Ч.*

Рост числа заболеваний печени в период беременности, особенно сопровождающихся холестазом, делают эту проблему социально значимой [1]. Хотя считается, что холестаз для матерей серьезной угрозы не представляет, он оказывает резко отрицательное воздействие на плод [3]. Характер изменений, происходящих в его органах, изучен недостаточно, в связи с чем нами предпринято исследование, целью которого было изучение структурных и цитохимических свойств почек 15-суточного потомства белых крыс при воздействии обтурационного холестаза матери, экспериментально вызванного в период активного фетогенеза.

Опытную группу составили крысята, родившиеся от самок, которым на 17-е сутки беременности был смоделирован обтурационный холестаз. Контрольную группу – крысята, матерям которых производились те же операционные вмешательства (наркоз, лапаротомия), но без наложения лигатуры на общий желчный проток.

В эксперименте, применив в комплексе гистологические, гистохимические, морфометрические, цитофотометрические и статистические методы исследования, установлено снижение массы почек опытных крысят, уменьшение ширины коркового вещества ( $443,84 \pm 13,19$  мкм при  $490,24 \pm 5,18$  мкм в контроле,  $p < 0,05$ ), снижение диаметра извитых канальцев проксимальных отделов нефрона ( $14,65 \pm 0,35$  мкм при  $16,62 \pm 0,33$  мкм в контроле,  $p < 0,05$ ). Последнее сопровождалось выраженным уменьшением показателей как высоты каемчатых эпителиоцитов ( $4,36 \pm 0,09$  мкм при  $4,87 \pm 0,09$  мкм в контроле,  $p < 0,001$ ), так и диаметра их ядер ( $3,49 \pm 0,04$  мкм при  $3,58 \pm 0,08$  мкм в контроле,  $p < 0,001$ ). Аналогичные изменения наблюдались в дистальных отделах нефрона.

Отмеченные структурные изменения сопровождалось выраженными гистохимическими сдвигами. У всех опытных 15-суточных животных реакция на гликопротеины в области базальной мембраны эпителиоцитов проксимальных отделов нефрона была отчетливо положительной. В области же микроворсинок щеточной каемки этих эпителиоцитов отмечалось ослабление устойчивой к амилазе ШИК-положительной реакции. В цитоплазме эпителиоцитов проксимальных и дистальных отделов корковых и юкстамедуллярных нефронов наблюдалось уменьшение содержания рибонуклеопротеинов, активности СДГ, НАДН-ДГ при одновременном усилении активности ЛДГ и маркерного фермента лизосом – кислой фосфатазы. Продукты реакции на выявление оксидоредуктаз приобретали вид синих и фиолетовых гранул диформаза, имеющих преимущественно крупнозернистый характер. При этом

необходимо отметить неоднозначность изменений активности оксидоредуктаз в эпителиоцитах канальца разных нефронов, что, скорее всего, связано с компенсаторным перераспределением функциональной нагрузки между ними.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что холестаз беременных приводит к выраженным структурным и цитохимическим изменениям почечной паренхимы 15-суточных крысят.

#### **Литература:**

1. Желчекаменная болезнь и беременность: причинно-следственные взаимосвязи / Петухов В.А., Кузнецов М.Р., Лисин С.В. и др. // *Анналы хирургии.* – 1998. – №2. – С. 14-20.
2. Криницина Л.А., Смирнова М.В., Велиновская Е.Ю. Сравнительный анализ течения беременности при различной патологии гепатобилиарной системы. // *Репродуктивное здоровье женщины: Межвузовский сборник науч.статей.* Петрозавод. гос. ун-т. Петрозаводск. – 2000. – С.127-132.

## **ВИДЫ PR-ТЕХНОЛОГИЙ.**

*Бутевич Ю.В., Шагун Н.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., преподаватель Королёнок Л.Г.*

Термин «public relations» появился в мире совсем недавно и трактуется многими исследователями в широких вариациях. В самом общем виде, пиар (англ. PR – сокращение от public relations – связи с общественностью) – это система информационно-аналитических и процедурно-технологических действий, направленных на гармонизацию взаимоотношений внутри некоторого проекта, а также между участниками проекта и его внешним окружением в целях успешной реализации данного проекта.

В основе работы лежат известные техники и методики, которыми пользуются PR-специалисты. Но при этом остается за «кадром» то, что связи с общественностью представляют собой целостный процесс, который складывается из множества тонких и в то же время крайне важных аспектов: исследовательской и аналитической работы, формирования политики, составления программы, коммуникации и поддержания обратной связи с многочисленной аудиторией.

Связи с общественностью – это феномен XX в., корни которого уходят глубоко в историю. Ещё во времена расцвета таких цивилизаций, как Вавилон, Древняя Греция и Древний Рим, людей убеждали в том, что им следует признать власть своих правительств и своей религии. Подобная практика существует до сих пор: межличностная коммуникация, искусство красноречия, литература, организация специальных мероприятий. Конечно же, раньше эта деятельность не носила название «связей с общественностью», но сегодня перед работниками публичной сферы стоят те же цели.

Шире смысл слова пиар раскрывается с помощью эпитетов:

1. Чёрный пиар – использование «чёрных технологий» (обман, фальсификации) для очернения, уничтожения конкурирующей партии, группы или личности, распространение от её имени оскорбительных или экономически опасных заявлений, публикации компромата.

2. Жёлтый пиар – использование, с целью привлечения внимания, оскорбительных для большинства населения данного государства элементов (в

изображениях – применение сексуального содержания, в публичных действиях – псевдогомосексуализм, высказывание расистских, ксенофобных заявлений).

3. Серый пиар – реклама (положительная или отрицательная), скрывающая свой источник, не предполагает прямой лжи о своем происхождении. Например, когда в материале об убийстве отдельно упоминается, что оно произошло рядом с офисом некоей организации или в родном населенном пункте некоей известной личности.

4. Белый пиар – словосочетание появилось для демонстрации понятия, контрастного к чёрному пиару, то есть открытой рекламы от своего собственного имени. Пиар в узком смысле слова.

5. Самопиар – «раскручивание» себя самого, нередко анонимное.

6. Коричневый пиар – нечто родственное неофашистской и фашистской пропаганде.

7. Зелёный пиар – социально ответственный пиар.

8. Вирусный пиар – пиар, основанный на интересе людей к скандалам и эпатажу. Увидев продукт (ролик, картинку) вирусного пиара, человек делится впечатлениями со своим кругом друзей и знакомых. И они уже сами ищут продукт пиара.

На сегодняшний день, в мировой практике ни одна финансовая структура или политическая партия не может обойтись без профессионалов по связям с общественностью, ни один крупный новый продукт не обходится без информационной программы по связям с общественностью.

## **ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Бутолина К.М., Гольшко П.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Областная клиническая больница*

Первично-множественные (ПМ) опухоли, волнующие ученых около 200 лет, относятся к одной из сложных и недостаточно изученных проблем онкологии. В последние десятилетия, наряду с увеличением онкологической заболеваемости, возросло и число больных с ПМ опухолями. Частота их развития находится в диапазоне от 0,04 до 11%. У больных раком щитовидной железы (РЩЖ) риск развития второй злокачественной опухоли выше, чем в общей популяции.

В канцер-регистре Гродненского областного онкологического диспансера зарегистрировано 964 больных РЩЖ. У 84 (8,7%) из них развились внетиреоидные ПМ злокачественные опухоли: у 77 пациентов отмечалось сочетание 2 опухолей, а у 7 – трех. ПМ рак щитовидной железы выявлен у 70 женщин (83,3%) и 14 мужчин. У большинства больных (89,3 %) опухоли развились метакронно. Интервал между первой и второй опухолью колебался от 1 года до 40 лет (в среднем  $8,2 \pm 0,81$  лет), между второй и третьей – от 2 до 12 лет (в среднем  $4,8 \pm 1,85$  лет). Синхронное обнаружение 2 раков отмечалось в 9 (10,7%) случаях.

РЩЖ, как первая опухоль, зарегистрирован у 53 (63,1%) больных в возрасте от 27 до 80 лет (средний возраст  $53,4 \pm 1,72$  года). Основная масса пациентов обратилась за помощью самостоятельно, у 6 (11,3%) человек рак был выявлен при профосмотре. Чаще опухоль диагностировалась на ранних стадиях: на 1 стадии – 16 (30,2%) случаев, 2 стадии – 19 (35,8%) случаев. У 6 больных на момент осмотра имелись метастазы в регионарные лимфоузлы. Гематогенных метастазов не было выявлено ни у одного человека. Все больные прошли курс лечения: 51 больному выполнено радикальное хирургическое вмешательство, а 2 пациентки подверглись лучевой терапии. Чаще всего

первый РЦЖ сочетался с раками органов пищеварения (12 случаев), молочной железы и половых органов (по 10 случаев). Реже встречались раки кожи (8 случаев), почек (3 случая), хронические лейкозы (3 случая). Отмечены единичные наблюдения сочетания РЦЖ со злокачественными опухолями других локализаций.

РЦЖ в качестве второй опухоли был выявлен у 21 пациента. Ему предшествовали рак молочной железы и меланома (по 4 наблюдения), рак тела матки, яичников, почки и ободочной кишки (по 2 случая), а также по 1 случаю рак гортани, базалиома, феохромоцитомы, саркома Капоши и болезнь Ходжкина.

При синхронном выявлении РЦЖ сочетался с раком молочной железы, почки, гортани, полости рта, поджелудочной железы, легкого (по 1 случаю) и в 2 случаях - с базалиомой.

В случаях развития 3 раков у больных, наряду с РЦЖ, отмечалось метакронное выявление базалиом (3 наблюдения), рака молочной железы и рака желудка, а также рака шейки матки и рака слюнной железы. По 1 наблюдению 3 опухоли выявлялись метакронно-синхронно и синхронно-метакронно. При этом в первом случае у больной раком яичника через 18 лет были одновременно выявлены рак пищевода и РЦЖ, а во втором случае, спустя 4 года после синхронного обнаружения РЦЖ и рака полости рта, был диагностирован рак пищевода.

Среди анализируемых больных с ПМ раками умерло 34 человека, и только 3 из них – от запущенного РЦЖ. В остальных случаях смерть наступила от злокачественных новообразований других локализаций, в среднем через  $1,33 \pm 0,34$  года после их выявления.

Таким образом, анализ материала показывает большое разнообразие форм первично-множественных злокачественных опухолей, одним из которых является РЦЖ. Необходимо всестороннее изучение всех наблюдений первично-множественного рака с поражением щитовидной железы с целью выявления закономерностей и риска их возникновения, включая анализ возможной роли в этом генетического фактора.

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

*Вайчик А.М., Малич Я.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Кажина М. В.*

Актуальность: урогинекологические расстройства встречаются, по данным литературы, у каждой третьей женщины в периоде перименопаузы. К ним относятся дизурические расстройства, недержание мочи при напряжении, нейрогенный мочевой пузырь, шеечный цистит, диспареунии, сухость слизистых и др.

Цель: выявление анамнестических факторов риска, являющихся значимыми для развития урогинекологических расстройств в перименопаузе.

Дизайн исследования: критерии включения-женщины старше 50 лет, обращающиеся за гинекологической помощью в ЖК и находящиеся на стационарном лечении в больницах г. Гродно.

Критерии исключения: женщины моложе 50 лет.

Метод исследования - анкетирование (63 вопроса), из них 28 вопросов посвящены *anamnesis morbi et anamnesis vitae*.

Материал и методы: нами было проведено анкетирование 232 женщин, получивших амбулаторную помощь в женских консультациях №4 и №1 г. Гродно за

период ноябрь-декабрь 2007г. Критерием выбора послужил возраст женщин 50 лет и старше.

Результаты: все женщины распределены на две группы. Первая группа – женщины, страдающие недержанием мочи, что составило 147 человек (63%), вторая группа – женщины без данной патологии, 85 человек (37%). Возраст женщин первой группы в среднем составил 60-69 лет – 46 человек (31%), причем, преобладало городское население, 102 человека (69%). Большинство опрошенных занимались умственной трудовой деятельностью – 101 человек (69%) и 46 человек (31%) - физическим трудом. Следует отметить, что каждая вторая женщина (80 человек-55,5%) поднимала тяжести, средний вес которых составил 10-19кг (31%). Профессиональные вредности встречались у 45 человек (31%). Каждая третья женщина (47 человек- 32%) занималась спортом, преимущественно легкой атлетикой – 22 человека (47%). Для определения предрасполагающих факторов мы исследовали экстрагенитальную патологию у женщин и пришли к выводу, что наиболее часто встречается патология ССС у 144 человек, что составляет 98%, из которых на долю АГ приходится 59% (85 человек); у 116 человек (79%) выявлены заболевания ЖКТ, среди которых преобладают хронические гастриты – 66 человек (66%); у 103 человек (70%) обнаружена варикозная болезнь нижних конечностей. Патология дыхательной системы, эндокринной и нервной системы составила, соответственно, 68 человек (46%), 50 человек (34%), 27 человек (18%). При определении психического состояния установлено, что 83 человек (56,5%) неуравновешенны, 22 человека (14,5%) оценивают свое состояние как депрессивное. Кроме того, 50 женщин (34%) прооперированы по поводу гинекологических заболеваний и нами отмечено, что чаще встречаются операции экстирпации матки – 14 человек (28%).

Выводы: Ведущими факторами риска являются:

1. физический труд женщин - 31%
2. профессиональные вредности - 31%
3. занятия спортом - 32%
4. неуравновешенное - 56,5% и депрессивное состояния - 14,5%
5. перенесенные гинекологические операции - 34%

## **ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ФПН МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Вайчик А.М*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии.*

*Научный руководитель к.м.н., доц. Егорова Т.Ю.*

Актуальность проблемы: поиск новых, совершенствование известных методов исследования здоровья человека является актуальной задачей здравоохранения. Основной проблемой является выбор неинвазивной, необременительной для больного, объективной методики измерений, позволяющей давать немедленный ответ, оценивающий как состояние организма в целом, так и функционирование отдельных органов и систем, имеющей при этом высокую степень воспроизводимости в руках врача. Этим требованиям может соответствовать метод электропунктурной диагностики (ЭПД) – измерение биофизических параметров биологически активных точек, известных как точки акупунктуры.

Цель: определить диагностическую значимость метода ЭПД для диагностики ФПН и угрозы прерывания беременности.

Материалы и методы: нами было изучено течение беременностей у 90 женщин, получивших стационарную помощь в областном родильном доме г. Гродно в 2007 году, и обследованных с помощью метода ЭПД. Критерием выбора послужило наличие угрожающих преждевременных родов и ФПН у 35 человек, что составило 38,8 % и наличие угрозы прерывания у 58 человек- 64,4 % . Методом ЭПД были обследованы женщины при сроке 32-37 недель беременности.

Результаты: беременные были распределены на 2 группы:

I. Женщины, беременность которых протекала на фоне угрожающих преждевременных родов и ФПН и закончилась преждевременными родами (ПР) - 8 женщин – 9 %.

II. Женщины, беременность которых протекала на фоне угрожающих преждевременных родов и ФПН и закончилась срочными родами (СР) - 82 женщины – 91 %.

Диагноз угрожающих преждевременных родов и ФПН был верифицирован на основании данных метода ЭПД. Преобладающее количество женщин с ПР было в возрасте 18-29 лет (75%). Явление генитального инфантилизма было у 25% беременных при преждевременных родах и у 19,5% при СР. Нерегулярный менструальный цикл – у 25% при ПР. У 37,5 % беременных встречалась эрозия шейки матки, генитальные заболевания –ИППП- у 50%, воспалительные заболевания придатков матки – у 25%. Из экстрагенитальных заболеваний наиболее часто встречаются патология ССС – 37,5 % и заболевания почек – 50%. Угроза прерывания беременности встречается у 75 % женщин при ПР и 63,5% при СР.

Самопроизвольный выкидыш у 21%, РМЦ -у 13%,внематочная беременность- у 6%,неразвивающаяся беременность- у 2%.Индукцированные роды отмечены у 11% женщин при СР. Кесарево сечение произведено у 62,5% женщин при ПР и у 14,7% при СР. У 87,5% женщин из I группы масса плода составила 1500-2000 г. Детей с массой до 1 кг не встречалось. При СР 12% были дети с гипотрофией: их масса была ниже 2,5 кг.

Заключение: Метод ЭПД по Фоллю позволяет целенаправленно обследовать пациента с высокой достоверностью. Так, проведенные нами исследования по диагностике угрожающих ПР и ФПН показали совпадение с клиническими диагнозами в 91 %. Вегетативно резонансный тест (ВРТ)обследования представляет собой неинвазивную процедуру, в связи с этим он практически не имеет противопоказаний и полностью безвреден для организма человека. Таким образом, на основании анализа проведенных исследований можно сделать вывод о его высокой диагностической эффективности и безопасности ВРТ. Угроза прерывания, особенно многократная, приводит к развитию ФПН и составила 75% в обеих группах. Поздний гестоз одинаково встречается при ПР и СР, в среднем у каждой четвертой пациентки (25%), а анемия – у каждой восьмой женщины (12,5%).

Литература:

1. Кулаков В. И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды. – М.: Медицина, 2002 г
2. Кулаков В. И., Орджаникидзе Н. В., Тютюнник В. Л. Плацентарная недостаточность.

## РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ТОРГОВЫХ ОТНОШЕНИЙ БССР В 1960-1980 гг.

*Василявичуте И.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., доцент С.А.Ситкевич*

К началу 1950 годов, благодаря стараниям белорусского народа, промышленность республики была полностью восстановлена, что способствовало выходу БССР на мировой рынок. Цель данного исследования - проследить основные тенденции развития торгово-экономических отношений БССР с зарубежными странами в период с 1960 по 1980 год.

Выгодное геополитическое положение БССР давало возможность вести разностороннее торгово-экономическое сотрудничество как с союзными республиками, так и с зарубежными странами. БССР, как и другие союзные республики, не имела самостоятельного выхода за границу в экономических отношениях. Республика выступала в роли поставщика товаров по заказам общесоюзных ведомств. Основную экономическую поддержку БССР получала от Совета Экономической Взаимопомощи (СЭВ), созданного в 1949 году. Отношения с капиталистическими странами были сложными из-за противостояния политических систем, а также низкого технического уровня части продукции БССР. Большим спросом среди зарубежных покупателей пользовались белорусские велосипеды, часы, фотоаппараты, стекло и другие товары. Хорошо шла на экспорт продукция швейных предприятий. Участие в международной торговле позволяло республике увеличивать импорт необходимого сырья, машин, промышленного оборудования для нужд своих предприятий. Только с 1959 по 1965 г. импорт машин и оборудования увеличился более чем в 3 раза [1]. Им было оснащено более 100 предприятий разных отраслей промышленности.

В 70-е годы экономика БССР интегрировалась не только во всесоюзную, но и в экономику европейских стран. Республика являлась активным участником создания единой энергетической системы “Мир”, строительства нефтепровода “Дружба”, газопровода в Западную Европу. Из Беларуси в социалистические страны поставлялось новейшее оборудование для строительства энергетических объектов, предприятия металлургической и металлообрабатывающей отраслей производства, минеральные удобрения, товары народного потребления и т.д. В начале 70-х годов на долю белорусского экспорта в социалистические страны приходилось: ЭВМ - 91%, мотоциклов – 88, металлорежущих станков – 70, грузовых автомобилей – 56, тракторов - 54. Всего более чем 300 предприятий Беларуси поставляли свою продукцию примерно в 100 стран мира [2]. В свою очередь, из этих стран республика импортировала разнообразное промышленное, торговое, медицинское оборудование, сырье, медикаменты.

В 80-х годах развивались и приобретали новую форму экономические отношения с развивающимися странами. Среди них значительное место занимала производственная кооперация. Активно расширялось сотрудничество и с капиталистическими государствами. В первую очередь туда экспортировались тракторы, автомобили, холодильники, часы.

В целом, на протяжении 60-80 годов БССР завоевала прочные позиции на всесоюзном и мировом рынках. Благодаря повышению качества продукции, она стала одним из главных экспортеров продукции машиностроения и металлургии в социалистические и развивающиеся государства.



### **Литература:**

1. История Беларуси / А.Л. Абецдарская, П.И. Бригадин и др.; под ред. А.Г. Кахоновского и др. – Мн.: “Экаперспектива”, 1996. – 496 с.
2. Леднева А.С. Интернациональные связи рабочего класса БССР (1970-1987гг.). Мн., 1988 – 132 с.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

***Вашкевич Т.П., Еременко О.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской психологии и психотерапии*

*Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии*

*Научные руководители – д.м.н., доцент Смотрич С.М.,*

*к.м.н., доцент Карпюк В.А.*

Психика хирургического больного подвергается травматизации на всех этапах хирургического лечения – от поликлиники до операционной и до палаты, где он общается с другими больными. Для полноценной хирургической работы наряду со знаниями и владением хирургической техникой, необходимо учитывать роль психогенных факторов в исходе лечения. Особое значение имеет эмоциональное состояние больных в предоперационный период, в котором отражается целостная психофизиологическая деятельность организма. К наиболее частым негативным эмоциональным состояниям относятся тревога и депрессия.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение эмоционального состояния у больных с желчно - каменной болезнью в предоперационный период.

Методы исследования: клинико-психологический – метод беседы, экспериментально-психологические - шкала депрессии Бека, шкала тревожности Спилбергера-Ханина.

Обследовано 37 больных, страдающих желчно-каменной болезнью в возрасте от 34 до 82 лет. Из них 33 (89,2%) женщины и 4 (10,8%) мужчин.

В ходе исследования депрессия была выявлена у 9 (24,3 %) пациентов. Показатели ситуационной и личностной тревожности распределились следующим образом. Ситуационная тревожность низкого уровня определялась у 4 (10,8 %) пациентов, умеренная у 19 (51,4 %), высокого уровня у 14 (37,8 %), сочетавшаяся с выраженной личностной тревожностью, как свойства характера.

Сочетание депрессии с умеренной тревожностью было выявлено у 2 (5,4 %) человек. Депрессия с высоким уровнем тревожности была диагностирована у 7 (18,9 %) больных.

Следует отметить, что 5 (13,5 %) больных с депрессивным состоянием на фоне высокого уровня личностной тревожности являются одинокими людьми пенсионного возраста.

В результате целенаправленной беседы были выявлены следующие причины тревоги у обследуемых: предстоящая операция (81,3%), неопределенность исхода (23,6%), возможность осложнений (9 %), отсутствие психологической поддержки со стороны близких (17,1 %).

В результате беседы с пациентами было выявлено, что значимым фактором, определяющим эмоциональное состояние больных (у 13 (35,1%) человек), является статус оперирующего врача-хирурга.

Так, 6 (16, 2 %) обследованных отдали предпочтение врачу-хирургу, считая, что «доктор, работающий со студентами и занимающийся наукой, недостаточно компетентен в практическом плане». 19 (51,3 %) пациентов индифферентны к выбору врача.

Таким образом, в результате исследования были выявлены следующие закономерности: у пациентов с желчно-каменной болезнью в предоперационный период превалирует умеренная личностная тревожность, у 9 (24,3%) была выявлена депрессия. Сочетание депрессии с высокой тревожностью отмечалось у 5 (13,5 %) человек. Значительная часть больных индифферентны к выбору оперирующего врача, а 16,2 % отдают предпочтение хирургу, занимающемуся только практической деятельностью. Больные с состоянием депрессии и высоким уровнем тревожности нуждаются в психокоррекционных мероприятиях.

#### **Литература:**

1. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учеб. для вузов. М., 2002.
2. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1988.

## **ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

***Ващенко В.В., Куль С.А., Войтович С.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Мармыш Г.Г.*

**Актуальность.** Лечение больных с гастродуоденальными кровотечениями по-прежнему является одной из наиболее оживленно обсуждаемых проблем современной хирургии. Старение населения, неконтролируемый прием нестероидных противовоспалительных препаратов, рост потребления некачественной алкогольной продукции привело в настоящее время к увеличению удельного веса кровотечений неязвенной этиологии.

**Цель исследования.** Оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм при гастродуоденальных кровотечениях неязвенной этиологии.

**Материал и методы.** С 2002г. по 2006г. в специализированном центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК) г.Гродно находилось на лечении 2016 больных. У 1617 (80,2%) пациентов источником кровотечения явилась язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Кровотечения неязвенного характера имели место у 381 (18,9%) госпитализированного больного. У 18 (0,9%) больных источник кровотечения не был выявлен. Среди 381 пациента опухоли желудка диагностированы у 36 (9,5%), синдром Меллори-Вейса – у 152 (39,9%), эрозивный гастрит, дуоденит – у 24 (6,3%), полипы желудка – у 23 (6%), варикозное расширение вен (ВРВ) – у 146 (38,3%).

В отношении пациентов с язвенными ГДК, кровотечениями из ВРВ в клинике в последние годы разработан и успешно применяется патогенетически обоснованный лечебно-диагностический алгоритм, позволяющий улучшить непосредственные результаты лечения этой категории больных. При острой геморрагии неязвенного генеза преимущественно использовались методики эндоскопического гемостаза. У 81,7% больных было выявлено продолжающееся кровотечение из источников геморрагии (острые язвы, эрозии, трещины слизистой, опухоли). У 192 пациентов предпринята попытка эндоскопического гемостаза. Применили: инъекции паравазально

этоксисклерола, спирта, физраствора, глюкозы, диатермокоагуляцию, орошение местными гемостатиками, клипирование кровоточащих сосудов. Параллельно с эндогемостазом проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия с учетом гемодинамических и гематологических показателей. Принципиально важным при лечении таких больных считаем поддержание круглосуточно рН желудочного содержимого в пределах 5,0-6,0.

При эндогемостазе 192 пациентам первичное кровотечение удалось остановить у всех. Однако нестабильный гемостаз имел место у 18 (9,4%) больных, что проявлялось неоднократными рецидивами кровотечения. В этих случаях повторно применялся эндогемостаз с использованием разнообразных методик. У 6 больных данной группы справиться с рецидивом кровотечения эндоскопическим методом не удалось. Данным пациентам выполнены экстренные операции: субтотальная резекция желудка (3 чел.), иссечение кровоточащей острой эрозии с дуоденопластикой (1 чел.), клиновидная резекция желудка (1 чел.), прошивание кровоточащего сосуда в острой язве (1 чел.). Всего умерло 5 человек. Общая летальность среди больных с неязвенными гемorragиями составила 2,1%.

**Выводы.** Современная хирургическая тактика при неязвенных ГДК должна предусматривать обязательное использование разнообразных эндоскопических методик. Эндоскопия относится к эффективным способам локального гемостаза, что позволяет довольно часто воздерживаться от опасных экстренных операций и снизить общую летальность.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ

*Ведник Г. А., Курлович Е.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

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

По данным различных авторов, в развитых странах хроническим колостазом страдают 30 - 40% населения. В 46% случаев причиной хронического колостаза является именно болезнь Пайра. Синдром Пайра - непроходимость ободочной кишки на уровне селезеночного угла, обусловленная перегибом в этом месте чрезмерно длинной кишки. Но определённые трудности в диагностике и недостаточная осведомлённость врачей о данном заболевании приводят к тому, что люди, страдающие болезнью Пайра, длительное время лечатся с диагнозами различных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

**Цель:** Выявление наиболее оптимальной схемы диагностики и лечения болезни Пайра у детей.

### **Материал и методы исследования**

Были обработаны журналы рентгенологических исследований с 1.01.2003 по 1.01.2008 года. Проанализированы все 9 случаев болезни Пайра за 5 лет по принципу: а) ключевой момент в выставлении диагноза, б) проведённое лечение, в) исход заболевания.

### **Результаты**

Во всех исследованных нами случаях решающим фактором в диагностике стала ирригография в вертикальном положении. Результаты приведены в таблице:

	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Долихоколон</b>	8	11	18	9	17
<b>Болезнь Пайра</b>	-	1	2	-	6

Всем больным назначалось консервативное лечение в виде диетотерапии, очистительных клизм, ЛФК, массажа, слабительных препаратов. Все они выписывались с улучшением состояния и рекомендациями по диете и наблюдению у хирурга. Но со временем имели место повторные обращения в стационар с жалобами на болевой синдром, запоры, снижение аппетита, тошноту и рвоту, головную боль, раздражительность.

В клинике детской хирургии гродненского государственного медицинского университета проведено впервые в РБ оперативное лечение болезни Пайра у ребёнка 13 лет по специальной методике: срединная лапаротомия, мобилизация и резекция средней части поперечной ободочной кишки в пределах сфинктера Гирша справа и Пайра - Штрауса слева, с наложением прямого анастомоза. Поперечная ободочная кишка перемещается вместе с анастомозом под основание мобилизованной желудочно-ободочной связки, которой прикрывают кишку вместе с анастомозом, а свободный край ее подшивается под кишкой к заднему листку брюшины, с захватом фасциальных листков заднебоковых отделов брюшной стенки в поперечном направлении с таким расчетом, чтобы левый и правый углы кишки оставались закругленными. У больного рана зажила первичным натяжением и он был выписан с полным выздоровлением. Данный ребёнок обследован через 2 недели: жалоб нет, стул в норме.

**Заключение:** Решающим методом диагностики болезни Пайра является ирригография в вертикальном положении, а наиболее эффективным методом лечения – оперативный.

**Литература:**

1. Куш Н.Л. Болезнь Пайра у детей // Вестник хирургии 1990 - № 11
2. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. М.: Медицина, 1999
3. Мехдиев Д.И., Рахматуллин С.И., Галлямов А.Х. Эндоскопические методы лечения синдрома Пайра // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2000 - № 4.

## **ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОТИВ ГЕПАТИТА В**

***Веренич Н.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций  
Научный руководитель: к.м.н. ассистент Матиевская Н.В.*

Вакцинация против гепатита В (ГВ) вошла в плановый прививочный календарь с 1999 г. При отсутствии противопоказаний вакцина вводится в первые 48 часов жизни ребенка. Прививка вводится в 3 этапа: при рождении, в 1 и 6 месяцы жизни детей. Соблюдение данной схемы вакцинации является условием формирования напряженного поствакцинального иммунитета. Проведенные ранее исследования (В.М. Цыркунов, Н.В. Матиевская, 2005) показали значительный рост с 1999 года затажных неконъюгированных гипербилирубинемий и гиперферментемий у детей первого года жизни по сравнению с довакцинальным периодом.

**Цель исследования:** изучить особенности вакцинации против гепатита В детей, перенесших затажные неконъюгированные гипербилирубинемии и гиперферментемии.

**Материал и методы.** Проведено динамическое наблюдение 28 детей, перенесших неконъюгированные гипербилирубинемии и гиперферментемии на первом

году жизни. Все дети в роддоме были привиты против ГВ. Были проанализированы тип вакцины и соблюдение схемы вакцинации против ГВ.

**Результаты.** Все больные имели нормальные показатели физического и психического развития. «Печеночные» жалобы отсутствовали у всех больных. При анализе лабораторных показателей установлено, что все больные при выписке из стационара имели нормальные или незначительно повышенные показатели общего билирубина за счет непрямой фракции. В то же время у всех больных были повышены показатели АлАТ. Нормализация показателей АлАТ и билирубина произошла через 1 месяц после выписки у 4 больных, через 2 месяца – у 4, через 3 месяца – у 20. Большинство наблюдаемых больных было провакцинировано вакциной «Эувакс» (Корея) – 25 больных из 28. Нарушение сроков введения вакцины выявлено у всех детей. У 21 отсрочен срок введения второй прививки, у 3 – нарушен срок введения третьей прививки. У 4 детей вакцинация была прекращена из-за отказа родителей.

**Выводы.** Введение вакцины против ГВ в первые часы жизни приводит к возрастанию частоты неконъюгированных гипербилирубинемий и гиперферментемий у детей 1 года жизни, что является причиной нарушения сроков вакцинации. Данные факты могут негативно влиять на формирование поствакцинального иммунитета. Необходимо провести изучение напряженности иммунитета к ГВ у детей для обоснованности данной схемы вакцинации.

## **ПОПЕРЕЧНЫЕ ДИАМЕТРЫ ДИСТАЛЬНЫХ ЭПИФИЗОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ГОЛЕНИ У ЖЕНЩИН С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Вильчинская Л.П., Ярещенко Н.Ю.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра анатомии человека*

Тяжелые осложнения и рост показателей смертности от сердечно-сосудистых катастроф заставляют специалистов различного профиля продолжать поиск эффективных подходов к профилактике.

Цель исследования – установить особенности поперечных диаметров дистальных эпифизов костей предплечья и голени, характерных для женщин с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Исследовано 626 больных с цереброваскулярной патологией в возрасте 45–84 лет. Из них: 217 – с внутримозговым кровоизлиянием (ВМК), 266 – с инфарктом мозга (ИМ), 143 – с транзиторной ишемической атакой (ТИА). В состав контрольной группы вошли 133 женщины, в анамнезе которых отсутствовали сердечно-сосудистые заболевания.

Поперечный диаметр дистальных эпифизов костей предплечья – проекционное расстояние между наиболее удаленными в стороны точками шиловидных отростков лучевой и локтевой костей. Во всех возрастных группах средние значения этого соматометрического показателя у женщин, которые перенесли сосудистые заболевания головного мозга, ниже, чем у представительниц контрольной группы. Так, больные с ВМК по данному признаку уступали здоровым женщинам в возрасте 45–54 лет (5,51 см против 6,11 см,  $p < 0,001$ ) и в возрасте 75 лет и старше (5,61 см против 5,85 см,  $p < 0,05$ ). Пациентки с ИМ также отличались от женщин без патологии сосудов головного мозга в возрасте 45–54 лет (5,68 см против 6,11 см,  $p < 0,001$ ), в 65–74 года (5,68 см против 5,70 см,  $p < 0,01$ ) и 75 лет и старше (5,64 см против 5,85 см,  $p < 0,05$ ), соответственно. Сходная тенденция зафиксирована и у больных с ТИА в возрасте 45–54 лет (5,47 см против 6,11 см,  $p < 0,001$ ), 55–64 лет (5,64 см против 5,86 см,  $p < 0,01$ ), относительно здоровых. При анализе средних значений поперечного диаметра дистальных эпифизов

костей предплечья в группах больных с разными формами нарушений мозгового кровообращения было отмечено достоверное снижение этого показателя у женщин в возрасте 75 лет и старше, которые перенесли ВМК (5,61 см), относительно больных с ТИА (5,80 см,  $p < 0,05$ ).

Поперечный диаметр дистальных эпифизов костей голени – проекционное расстояние по горизонтали между наиболее выступающими в стороны точками лодыжек большой и малой берцовых костей. У женщин с разными формами нарушения мозгового кровообращения отмечались достоверно низкие значения данного показателя во всех возрастных группах относительно женщин контрольной группы. Так, у больных с ВМК статистически достоверная разница составила в возрасте 45–54 лет – 6,41 см против 6,90 см в контроле ( $p < 0,001$ ), в 65–74 года – 6,68 см и 6,94 см ( $p < 0,05$ ) и в 75 лет и старше – 6,50 см и 6,82 см ( $p < 0,01$ ), соответственно. Пациентки с ИМ также отличались от женщин без патологии сосудов головного мозга в возрасте 45–54 лет (6,57 см против 6,90 см,  $p < 0,05$ ) и в 65–74 года (6,65 см против 6,94 см,  $p < 0,01$ ), соответственно. Больные с ТИА в возрасте 45–54 лет по данному соматометрическому показателю превосходили практически здоровых женщин (6,40 см против 6,90 см,  $p < 0,01$ ). Сравнение средних значений поперечного диаметра дистальных эпифизов костей голени в группах больных разными формами сосудистых поражений головного мозга было зафиксировано достоверное снижение этого показателя у женщин в возрасте 75 лет и старше, которые перенесли ВМК (6,50 см), относительно больных с ТИА (6,80 см,  $p < 0,01$ ), соответственно.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что у женщин с сосудистыми заболеваниями головного мозга достоверно выше средние значения поперечных диаметров дистальных эпифизов костей предплечья и голени по сравнению с представительницами контрольной группы.

## **МЕТАФОРЫ И ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИ УСТОЙЧИВЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ В ПОДЪЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ**

*Вирнал Сингх*

*Научный руководитель – преподаватель кафедры русского и белорусского языков Дымова Е.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

Этнокультурологическая составляющая любого языка наиболее ярко проявляется в его фразеологическом составе, поскольку именно фразеологизмы отображают специфику того или иного народа, сигнализируют о национально-культурных особенностях языка, отражают языковой опыт народа, связанный с его культурными традициями. Поэтому изучение фразеологизмов студентами-иностранцами является безусловно актуальным и полезным.

Известно, что в медицине с древнейших времён и до настоящего времени нередко используются не строгие термины, присущие точным наукам, а образные выражения, мифологические и фольклорные имена. Эти выражения не всегда могут быть понятны начинающему врачу, а тем более иностранцу, изучающему медицину в Беларуси. Но, как известно, эмоционально окрашенная информация усваивается лучше и полнее. Так, описание “*деструкции с кристаллическими включениями*” в стекловидном теле глаза даёт определённое и точное представление о явлении, но картина заболевания становится понятнее и ярче, если говорят, что у пациента в стекловидном теле глаза наблюдается “*золотой дождь*”. Другой пример. Явление описано следующим образом: у пациента слёзы имеют красноватый оттенок. Описание достаточно информативно, однако существует иное выражение: у пациента симптом

«кровавых слёз». Аналогично этому *болезнь неотреагированных эмоций* – то же, что *гипертоническая болезнь, болезнь святого Лазаря – проказа, бред прикосновения – выраженная бактериофобия, большой рот – макростомия* и т.п. Метафора обеспечивает более быстрое и прочное запоминание.

Довольно часто в различных областях медицинских знаний можно встретить одни и те же выражения. Например, словосочетание «*чудесная сеть*» используется при описании строения сетчатки, гистоструктуры печени и сосудов почки, «*бамперный перелом*» - в судебной медицине и травматологии и т.п. Однако, например, выражение «*амфорическое дыхание*», употребляемое в пульмонологии и фтизиатрии, имеет два самостоятельных значения, которые обусловлены различиями в патогенезе заболеваний.

Одно и то же терминологически устойчивое выражение может иметь несколько значений. Например, *волосатый чёрный язык* – 1) в дерматовенерологии – *гиперкаретоз нитевидных сосочков*; 2) в гастроэнтерологии – *одна из форм глоссита*.

В изучении русского языка иностранным студентам-медикам может помочь словарь-справочник метафор и терминологически устойчивых выражений [1], которыми активно пользуются врачи-практики различных специальностей при описании симптомов, синдромов, заболеваний, которые встречаются в медицинской практике, а также методы их диагностики и лечения.

Изучение метафор и терминологически устойчивых выражений всегда вызывает интерес, активизирует систему языковых ассоциаций, помогает выделять новую для студентов-иностранцев систему понятий и ценностей, способствуя тем самым полноценному овладению языком.

#### **Литература**

1. Метафоры и терминологически устойчивые выражения в медицине: Словарь-справочник / Авт.-сост. А.П.Дьяченко. – Минск, 2003г.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ**

***Волчкевич Д. А., Горустович О. А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Актуальность:* Хирургическое вмешательство сегодня является основным методом лечения васкулярной патологии. Для того, чтобы максимально увеличить точность действий врача и этим снизить время операции, специалисту необходимы твердые знания в области топографической анатомии сосудов.

*Цель исследования:* изучить половозрастные особенности строения артериальной системы человеческого организма.

*Методы исследования:* анатомическое препарирование, морфометрия, статистический метод.

*Объект исследования:* 11 трупов человека обоего пола разных возрастных групп.

*Полученные данные:* проведенное исследование подтвердило классическое описание источников подключичной артерии. Так, левая а. subclavia всегда брала начало от дуги аорты, в то время как правая – от плечеголового ствола. Однако следует отметить, что левый сосуд несколько крупнее ( $8,6 \pm 0,89$ мм) правого ( $8,0 \pm 1,12$  мм).

От подключичной артерии отходит ряд крупных ветвей: позвоночная артерия, щитошейный ствол, реберношейный ствол.

Позвоночная артерия диаметром  $2,7 \pm 1,04$ мм как справа, так и слева всегда являлась ветвью подключичной артерии. Однако была установлена вариабельность

уровня отхождения исследуемого сосуда. В 85,5% случаев а. vertebralis начиналась на уровне шестого шейного позвонка, в 12,5% – на уровне С<sub>5</sub> позвонка, в 1,5% – на уровне С<sub>4</sub> позвонка, в 0,5% – на уровне третьего шейного позвонка.

Щитошейный ствол, диаметром 2,65±0,58мм, в 96% случаев отходил от первого отдела подключичной артерии. В оставшихся случаях – от ее второго отдела.

Реберношейный ствол, диаметром 2,71±0,32мм, в 41% случаев брал начало от первого отдела подключичной артерии, а в 59% – от второго отдела. В литературе описаны случаи начала реберношейного ствола от внутренней грудной артерии (Кованов, 1974).

Внутренняя грудная артерия, диаметром 2,52±0,33мм, в 84% случаев начиналась непосредственно от подключичной артерии, в 10% она отходила от щитошейного ствола, и в 6% данный сосуд отсутствовал.

Поперечная артерия шеи, диаметром 2,37±0,31мм, в 83% случаев отходила от подключичной артерии, в 13% – от щитошейного ствола, в 4% – от реберно-шейного ствола.

Редкими ветвями подключичной артерии являлась нижняя щитовидная артерия (в 1 случае), и грудноакромиальная артерия (в 2 случаях).

Вывод: проведенное исследование показало незначительную изменчивость ветвей подключичной артерии, а также установило редкие варианты отхождения ряда артерий пояса верхней конечности, что необходимо иметь в виду при проведении оперативных вмешательств на данной области тела человека.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ**

*Войтехович В.И., Ерш Т.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Хлебовец Н.И.*

Пиелонефрит (ПЕН) микробновоспалительное заболевание почек с поражением чашечно-лоханочной системы, интерстициальной ткани паренхимы почек и канальцев. По данным разных авторов, ПЕН обнаруживают у 2-3% взрослых (на аутопсийном материале морфологические признаки ИН и ПЕН выявляют у 15% взрослых), в 50-70% случаев болезнь начинается в раннем детстве [1].

По данным современных исследований, у подавляющего большинства больных ПЕН имеются нарушения уродинамики, то есть затруднения или нарушения естественного тока мочи. При этом считают, что нарушения уродинамики предшествуют возникновению ПЕН. Именно восходящий (уриногенный) путь инфицирования и является ведущим в попадании возбудителя сначала в лоханки, затем в канальцы, интерстиций почки. Объяснение, каким образом при постоянном токе мочи вниз микробы попадают в почку, дает учение о рефлюксах (рефлюкс - обратное течение). Рефлюксы представляют собой патологическое явление, возникающее в результате анатомических дефектов, препятствующих току мочи, или нарушение нервной регуляции тонуса мускулатуры разных отделов мочевыводящей системы. В восходящем инфицировании почки придают основное значение пузырно-мочеточниковому рефлюксу (МПР). Различают 5 степеней ПМР.

ПМР может быть обусловлен анатомическими дефектами (дивертикул или удвоение уретера; эктопия мочеточника; короткая внутримышечная часть уретеры – клапан уретеры, патология мышц и нервных окончаний в области треугольника Льево);



циститом; нарушениями нервной регуляции мышечной стенки и сфинктерного аппарата мочевого пузыря и т.д.

Одним из методов консервативного лечения МПР является калибрация (бужирование уретеры), который используется в урологическом отделении ГОДКБ.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности вышеуказанного метода для лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.

В период с 2004-2007 гг. в урологическом отделении ГОДКБ было проведено 138 калибраций уретеры детям с ПМР. Помимо общеклинического исследования, всем детям проводилась микционная цистография, позволяющая установить степень рефлюкса. Все обследуемые были девочки с разной степенью тяжести ПМР. Основной массе (84,7%) детей калибрация проведена однократно.

Повторные госпитализации были у 21 больного (15,9%). Нам удалось проследить динамику заболевания у 9 больных, которым с лечебной целью была проведена калибрация уретеры. Возраст детей при первой госпитализации был от 5 месяцев до 9 лет. У всех детей основным диагнозом был вторичный пиелонефрит, ПМР. По степеням тяжести ПМР распределился следующим образом: I ст – 1 ребёнок, II ст – 1 ребёнок, III ст – 3 ребёнка, IV ст – 4 ребёнка. У 77% диагностирован цистит. При повторном поступлении положительные результаты были выявлены у 7 из 9 детей (77,2%). Через 6 месяцев после калибрации уретеры госпитализировано 4 ребёнка, через 12 месяцев – 1, через 14 месяцев – 1, через 17 месяцев – 1, через 24 месяца – 2 ребёнка. Вновь детям проведена микционная цистография, при которой получены следующие результаты: ПМР не определялся у 4 детей (44,4%), в то время как он был у двух детей – I ст., у одного ребёнка – III ст. и у одного I ст. У 3 детей 33% степень ПМР уменьшилась, у 1 ребёнка степень ПМР не изменилась и у 1 – степень ПМР увеличивалась (оба ребёнка обследовались через 6 месяцев).

**Выводы:**

Калибрация уретеры – высокоэффективный метод лечения ПМР так как в 78% случаев получены положительные результаты (исчезновение или уменьшение степени рефлюкса).

Более чем у  $\frac{3}{4}$  больных с ПМР диагностируется цистит, что, возможно, требует дополнительного лечения.

**Литература:**

1. Шабалов Н.П. Детские болезни: Учебник. 5-е изд. Т.2.-СПб: Питер, 2004. - С.- 186-191

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВИХРЕВЫХ ТЕПЛОГЕНЕРАТОРОВ В СВЕТЕ ТЕОРИИ ТОРСИОННЫХ ПОЛЕЙ**

***Волков В. С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – ст. препод. Лукашик Е.Я.*

История создания вихревых теплогенераторов уходит корнями в первую треть двадцатого века, когда французский инженер Жозеф Ранк столкнулся с неожиданным эффектом, исследуя свойства искусственно создаваемого вихря в разработанном им устройстве — вихревой трубе. Сущность наблюдаемого эффекта заключалась в том, что на выходе вихревой трубы наблюдалось разделение сжатого воздушного потока на теплую и холодную струю.

Исследования в данной области были продолжены немецким изобретателем Робертом Хилшем, который в сороковых годах прошлого столетия улучшил

конструкцию вихревой трубы Ранка, добившись увеличения разности температур двух воздушных потоков на выходе из трубы. Однако как Ранку, так и Хилшу не удалось теоретически обосновать наблюдаемый эффект, что отсрочило его практическое применение на многие десятилетия. Следует отметить, что более-менее удовлетворительное теоретическое объяснение эффекта Ранка — Хилша с точки зрения классической аэродинамики не найдено до сих пор.

Одним из первых ученых, которому пришла в голову идея запустить в трубу Ранка жидкость, является российский ученый Александр Меркулов, профессор Куйбышевского (ныне Самарского) государственного авиакосмического университета, которому принадлежит заслуга в развитии основ новой теории. Созданная Меркуловым в конце 50-х годов Отраслевая научно-исследовательская лаборатория тепловых двигателей и холодильных машин провела огромный объем теоретических и экспериментальных исследований вихревого эффекта.

Идея использовать в качестве рабочего тела в вихревой трубе не сжатый воздух, а воду, была революционной, поскольку вода, в отличие от газа, несжимаема. Следовательно, эффекта разделения потоков на холодный и горячий ожидать не стоило. Однако результаты превзошли все ожидания: вода при прохождении по «улитке» быстро нагревалась (с эффективностью, превышавшей 100%). Ученый затруднялся объяснить подобную эффективность процесса.

По мнению некоторых исследователей, аномальное повышение температуры жидкости вызвано микрокавитационными процессами, а именно, «схлопыванием» микрополостей (пузырьков), заполненных газом или паром, которые образуются в ходе вращения воды в циклоне. Невозможность объяснить столь высокий КПД наблюдаемого процесса с точки зрения традиционной физики привела к тому, что вихревая теплоэнергетика прочно обосновалась в списке «псевдонаучных» направлений.

Между тем, данный принцип был взят на вооружение предпринимателями, что привело к разработке работающих моделей тепло- и электрогенераторов, реализующих описанный выше принцип.

В данный момент времени на территории России, некоторых республик бывшего Советского Союза и ряда зарубежных стран успешно функционируют сотни вихревых теплогенераторов различной мощности, произведенных рядом отечественных научно-производственных предприятий.

## **АБЗИМНАЯ АКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КАК КРИТЕРИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ.**

***Волкова М.В.***

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра клинической микробиологии, кафедра госпитальной терапии  
Научные руководители - д.м.н., профессор Генералов И.И., к.м.н.,  
доцент Кундер Е.В.*

Спондилоартропатии объединяют ряд заболеваний, характеризующихся прогрессирующим хроническим воспалительным процессом с поражением осевого скелета и периферических суставов и имеющих некоторые общие этиопатогенетические и клинические признаки. В настоящее время не существует четких диагностических и лабораторных критериев спондилоартропатий. На роль перспективного направления изучения спондилоартропатий может претендовать абзимология. К настоящему времени доказано существование абзимов – антител и иммуноглобулинов, способных катализировать большинство значимых

биоорганических реакций. Определение сывороточной ДНКазной активности для диагностики спондилоартропатий до настоящего времени не применялось.

**Материалы и методы.** Обследовано 77 больных со спондилоартропатиями (31 с псориатическим артритом, 24 с реактивными артритами, 22 с анкилозирующим спондилитом). Контрольной группой послужили 39 доноров Витебской областной станции переливания крови, мужчин было 23 (59%), женщин – 16 (41%).

Материалом для исследования ферментативной активности послужили сыворотки и выделенные из них IgG подклассов 1,2 и 4. Для очистки ИГ использовали риванол-аффиннохроматографический метод [1]. Гомогенность полученных препаратов была подтверждена электрофорезом в полиакриламидном геле в диссоциирующих условиях с 1% SDS-Na с окраской Coomassie Brilliant Blue R250, а также нитратом серебра.

Изучались следующие виды активности: абзимная ДНКазная, БАПНА-амидазная, каталазная, супероксиддисмутазная, а также сывороточная ДНКазная активность. Постановка реакций осуществлялась согласно методикам, разработанным нами и апробированной при оценке данных видов активности у больных с различной аутоиммунной патологией [1].

**Результаты.** ДНКазная активность ИГ у больных спондилоартропатиями достоверно ( $p < 0,001$ ) превышала таковую в контрольной группе. ДНКазная активность при ПА был наибольшей по сравнению с пациентами с РеА ( $p < 0,05$ ) и АС ( $p < 0,001$ ). Уровень каталазной активности ИГ при спондилоартропатиях достоверно ( $p > 0,05$ ) не отличался от величины данного вида активности у здоровых лиц. БАПНА-амидазная активность ИГ у больных спондилоартропатиями была достоверно выше ( $p < 0,001$ ) значений данной активности у здоровых лиц. СОД активность у больных спондилоартропатиями достоверно ( $p < 0,001$ ) превышала контрольные значения.

При оценке сывороточной ДНКазной активности оказалось, что у больных спондилоартропатиями и ПА эта активность достоверно ( $p < 0,001$ ) превышала контрольные значения. У пациентов с РеА эта активность также превышала уровни у здоровых лиц ( $p < 0,05$ ). Значения сывороточной ДНКазной активности у больных АС и здоровых лиц не различались ( $p > 0,05$ ). Данная активность у больных ПА достоверно превышала аналогичные показатели у больных АС ( $p < 0,001$ ) и РеА ( $p < 0,001$ ). Из 31 обследованного пациента с установленным ПА ДНКазная активность сыворотки 4 балла и выше наблюдалась у 19 человек (61,3%). Среди 21 пациента с АС ДНКазная активность сыворотки величиной 4 и более баллов не выявлялась. У пациентов с РеА активность 4 и более баллов присутствовала у 2 больных из 25 (8%). Среди 36 здоровых лиц ДНКазную активность сыворотки 4 и более баллов не демонстрировал ни один человек. Если за диагностический уровень ПА принимается ДНКазная активность сыворотки крови 4 балла и более, то чувствительность метода составляет 61,3%, а специфичность 95,6%.

### **Выводы**

При спондилоартропатиях в крови у пациентов обнаруживаются абзимы, обладающие деполимеризующей и оксидоредуктазной активностью, при этом уровни ДНКазной и супероксиддисмутазной активности на порядок и более превышают контрольные значения.

Определение ДНКазной активности сыворотки крови может использоваться в качестве дополнительного диагностического критерия псориатического артрита.

### **Литература:**

1. Генералов И.И. Абзимная активность иммуноглобулинов. Витебск, 2000, 167с.

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА

*Волкова О.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Парамонова Н.С.*

Ожирение относят в настоящее время к болезням цивилизации. За последние годы выросло количество детей с избыточной массой тела. В литературе достаточно хорошо описаны изменения вегетативной регуляции у таких пациентов, повышение артериального давления, снижение резервных возможностей дыхательной системы.

**Целью** нашего исследования было изучение особенностей клинического течения бронхиальной астмы, а также функционального состояния вегетативной и дыхательной систем у детей с избытком массы тела.

**Методы исследования:** общеклинические исследования, антропометрические измерения, спирография, определения variability ритма сердца.

**Результаты:** Под наблюдением находилось 78 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Критерий включения: подтвержденный диагноз бронхиальной астмы [1]. Среди наблюдаемых пациентов было выделено 2 группы детей: первая – 63 ребенка без избытка массы тела, вторая -15 человек с избытком массы тела I–II степени. У девочек избыток массы тела определялся чаще, чем у мальчиков. Имелись отличия и в степени тяжести заболевания: дети с повышенной массой тела преимущественно страдали тяжелой (33,3%) и среднетяжелой астмой (53,4%), а легкая степень была только у 13,3%. В группе сравнения тяжелая степень диагностирована у 8%, среднетяжелая - 44,4%, легкая у 47,6 %больных. Продолжительность заболевания до 2 лет встречалась чаще у детей с нормальной массой тела (42%), чем в группе с избытком массы (13%), от 3 до 5 лет – соответственно 34% и 20%, от 6-10 лет – 33% и 18%, свыше 10 лет - 34% и 6 %. Длительность обострения бронхиальной астмы была выше в группе детей с избытком массы тела и составила в среднем  $15,0 \pm 1,2$  койко-дня, тогда как в группе сравнения  $12,0 \pm 0,9$ .

При выполнении спирографии у детей с избытком массы чаще, чем в основной группе, выявлялись изменения в легких по обструктивному типу (87% и 54%), при этом выраженность обструктивных изменений на спирограмме также была более высокой в группе с превышением массы тела. При выполнении исследования по определению variability ритма сердца было установлено, что в обеих группах исходный вегетативный тонус в большинстве случаев определялся как ваготония, однако у детей с повышенной массой тела все-таки чаще встречались симпатикотония либо смешанный исходный вегетативный тонус(20% и 8% в основной группе). Гиперсимпатикотоническая реактивность определялась в 40% случаев у детей с избытком массы тела, в 16% - у детей без избытка массы.

## **Выводы:**

1. Избыток массы тела отрицательно влияет на степень тяжести и длительность обострения бронхиальной астмы.
2. У детей с повышенной массой тела имеются более выраженные изменения функции внешнего дыхания и тенденция к гиперсимпатикотонии.
3. Дети с бронхиальной астмой, помимо общепринятых методов лечения, нуждаются в нормализации массы тела.

## **Литература**

1. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. - Минск: Доктор Дизайн, 2006. - 76 с.

# ПРИНЦИПЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

*Волкова О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – к.м.н. Овчинников В.А.*

Результаты обсервационных исследований конца 80-х годов XX века указывают на то, что в амбулаторных условиях у врача возникает 1-2 вопроса по каждому больному, а в условиях стационара — от 1 до 5. В ходе более поздних исследований, выполненных в Великобритании и США, было показано, что в практике семейного врача этот показатель в среднем составляет 0,32. Для решения конкретной проблемы обычно проводится поиск данных в медицинской периодике.

Сегодня число медицинских публикаций крайне велико и продолжает стремительно расти. Это свидетельствует о проведении все новых исследований и вселяет надежду на улучшение качества медицинской помощи, но, с другой стороны, существенно затрудняет поиск наиболее достоверных и современных данных. Поэтому можно только приветствовать появление новых информационных технологий, позволяющих быстро и с минимальными усилиями получить такие сведения. Однако поиск статей, содержащих ответ на конкретный клинический вопрос, может занимать много времени, а результат может оказаться неопределенным, недостоверным и неприменимым в конкретном случае.

Принципы использования медицинской литературы призваны помочь искать и находить ответы на частные клинические вопросы.

1. Для решения этой проблемы сначала должен быть сформулирован клинический вопрос. К основным навыкам относится умение подразделить любой сложный вопрос на основные компоненты, что существенно облегчает поиск данных. В большинстве клинических вопросов должны быть отражены три составляющие:

- Больные/Популяция. Каковы основные характеристики интересующих вас больных?
- Вмешательство/Воздействие (диагностические тесты, лекарственные препараты, хирургические вмешательства и т.д.). Если речь идет об оценке методов лечения или факторов риска, в клиническом вопросе следует указать не только изучаемое лечение или воздействие, но и особенности применяемого контроля.
- Клинический исход. Каковы интересующие вас последствия, имеющие значение для больного и связанные с изучаемым вмешательством или воздействием?

2. Все клинические вопросы можно подразделить на основные типы, относящиеся к лечению, диагностике, оценке риска и прогноза.

- Лечение. Клинический вопрос посвящен оценке эффективности различных лечебных вмешательств; при этом интересующими клиническими исходами будет улучшение состояния больных или снижение риска развития осложнений.
- Диагностика. Клинический вопрос посвящен оценке информативности того или иного метода диагностики, т.е. точности его положительного или отрицательного результатов, позволяющей установить наличие или отсутствие искомого заболевания.
- Оценка риска. Клинический вопрос посвящен оценке возможного неблагоприятного влияния различных воздействий (или применяемых лечебных вмешательств) на состояние больных, заболеваемость и смертность.

3. Желательно быть уверенным в том, что поиск данных в медицинской литературе целесообразен. При наличии даже теоретической возможности проведения исследований значимость проблемы может быть настолько низкой, что ни один из исследователей не станет тратить время на ее решение.

4. Следует убедиться, что выбран оптимальный источник данных, в котором можно найти самый полный ответ на интересующий вопрос. При поиске ответа на частный, правильно сформулированный клинический вопрос лучше всего начинать с тех баз данных, в которые включаются только материалы, отвечающие определенным критериям методологического качества.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА ДЛЯ РАСЧЕТА НОРМАЛЬНЫХ ВОЗРАСТНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

*Волкова О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – к.м.н. Киселевский Ю.М.*

Определение половозрастных нормативов размеров анатомических структур внутренних органов является одним из обязательных условий диагностики патологических изменений. В клинической практике для оценки анатомических параметров используются табличные или графические (номограммы) данные половозрастных нормативов. Сводные таблицы нормативов просты в использовании, но имеют ограничения, связанные с информационной перегруженностью при большом количестве определяемых показателей и дискретностью определяющих показателей. Номограммы лишены дискретности, но в большей степени увеличивают время оценки произведенных измерений. Решением проблемы может быть расчет должных величин с использованием регрессионных формул.

Цель исследования – определение регрессионных формул для расчета возрастных анатомических нормативов внутрисердечных структур.

Материал и методы. В качестве исходного материала использованы табличные данные нормальных показателей эхокардиограммы [1,2,3]. С целью стандартизации и упрощения формул расчета использовался показатель площади тела (BSA). Статистический анализ проводился с помощью пакета STATISTICA 6.

Результаты исследования. В табл. 1 приведены формулы расчета нормальных показателей одномерной эхокардиограммы, выбранные с учетом наиболее высокой корреляции ( $r^2$ ) со значениями 50-перцентильного распределения и достоверности ( $p < 0.05$ ).

Таблица – Формулы регрессии нормальных возрастных показателей сердца.

Показатель	Формула	$r^2$
Толщина передней стенки правого желудочка (мм)	$2.8857 * BSA^{0.1015}$	0.9668
Диастолический размер правого желудочка (мм)	$7.4461 * e^{0.4587 * BSA}$	0.9898
Толщина межжелудочковой перегородки (мм)	$5.8055 * BSA^{0.3688}$	0.9772
Диастолический размер левого желудочка (мм)	$38.537 * BSA^{0.4509}$	0.9896
Систолический размер левого желудочка (мм)	$24.231 * BSA^{0.4469}$	0.9972
Толщина задней стенки левого желудочка (мм)	$6.0963 * BSA^{0.3988}$	0.9854
Диаметр аорты (мм)	$19.443 * BSA^{0.4578}$	0.9981
Диаметр легочной артерии (мм)	$8.2037 * \ln(BSA) + 23.968$	0.9818
Диастолический размер левого предсердия (мм)	$24.695 * BSA^{0.3911}$	0.9975

Выводы:

1. С помощью регрессионного анализа определены формулы расчета возрастных нормативов основных показателей одномерной эхокардиограммы с высокой степенью корреляции и достоверности.
2. Нормальные возрастные показатели эхокардиограммы могут быть рассчитаны с помощью стандартных вычислительных средств (ПК, калькулятор) и программ (MS Excel).

**Литература:**

1. Kampmann C., Wiethoff C.M., Wenzel A., Stolz G., Betancor M., Wippermann C-F., Huth R-G., Habermehl P., Knuf M., Emschermann T., Stopfkuchen H. // Normal values of M mode echocardiographic measurements of more than 2000 healthy infants and children in central Europe // Heart. – 2000. – № 83. – С. 667-672.
2. Белозеров Ю.М. Ультразвуковая семиотика и диагностика в кардиологии детского возраста. М.: Москва, 1999.
3. Клиническая ультразвуковая диагностика: Руководство для врачей: В 2 т. Т. 1 / Н.М. Мухарлямов, Ю.Н. Беленков, О.Ю. Атьков и др.; под ред. Н.М. Мухарлямова. – М.: Медицина, 1987.

## **ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЧЕРЕПА НОВОРОЖДЕННЫХ**

*Воробьёв А. А., Лукьянова О. И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак*

Изучение вариантной анатомии человека является актуальным направлением современной морфологии. Исследование морфометрических характеристик лицевого и мозгового отделов черепа, показание варьирования размеров изученных структур в зависимости от размера гипофизарной ямки представляется актуальным, учитывая достаточно высокую встречаемость патологий у новорожденных и детей первого года жизни.

Цель исследования - обработать и обобщить имеющиеся данные о соотношении размеров лицевого и мозгового отделов черепа с размерами гипофизарной ямки в отечественной и зарубежной литературе.

Объектом исследования послужили 11 отечественных и 3 зарубежных литературных источников.

Развитие скелета головы у зародышей человека начинается на 1-м месяце эмбриогенеза. Первая закладка появляется в затылочной области и соответствует основной части затылочной кости. Первые признаки закладок костей свода черепа появляются почти одновременно с затылочной пластинкой. Четкие границы между отдельными закладками костей появляются только после начала их окостенения (через 4-4,5 мес. от начала внутриутробного развития). Точка окостенения в составе костей лицевого черепа появляется на 9-12-й неделе внутриутробного развития.

В связи с интенсивным ростом мозга во внутриутробный период развития размеры мозгового черепа значительно превышают размеры лицевого. Их соотношение у новорождённого ребёнка составляет 8:1. Высота головы у новорождённого укладывается в длине тела четыре раза. С возрастом это соотношение меняется, т. к. рост черепа отстаёт от роста всего организма.

Анатомия черепа новорождённых имеет свои особенности: а) бугры лобных и теменных костей хорошо выражены, лобная кость состоит из двух половин,

надбровные дуги отсутствуют, лобных пазух ещё нет; б) части височной кости отделены друг от друга хорошо выраженными щелями, содержащими соединительнотканые или хрящевые прослойки, сосцевидный отросток не развит; г) малая высота лицевого черепа, т. к. недоразвиты нижняя и верхняя челюсть, нижняя челюсть состоит из двух частей, глазницы широкие, основание черепа, по сравнению со сводом, отстаёт в росте, на костях черепа не выражены мышечные бугры и линии; д) ювенильное турецкое седло имеет округлую форму, индекс сагиттальный/вертикальный размер равен единице.

Проведенный анализ литературных источников показал, что вопросы краниометрической характеристики черепа не достаточно освещены, требуют дальнейшей доработки и систематизации.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

*Выговская А.А., Эликов А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.С. Парамонова*

**Бронхиальная астма – одно из наиболее важных как в медицинском, так и в социальном плане заболеваний у детей. Ею страдает от 5 до 10% детского населения, значительно варьируя в зависимости от методов и критериев диагностики.**

Качество жизни детей с бронхиальной астмой – проблема, заслуживающая особого внимания, что обусловлено значительными социально-экономическими потерями при этом заболевании. Качество жизни рассматривается как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на субъективном восприятии.

Цель исследования:

Изучить качество жизни и определить способы его повышения у детей с бронхиальной астмой.

**Объект и методы исследования:** Было проведено исследование качества жизни 67 детей со среднетяжелым и тяжелым течением бронхиальной астмы, находящихся на лечении в аллергологическом отделении ДОКБ, а также состоящих на учете в детских поликлиниках г. Гродно. Верификация диагноза «бронхиальная астма» и определение степени тяжести и стадии заболевания проводилась в соответствии с современной классификацией бронхиальной астмы у детей [2]. Для оценки качества жизни детей использовался общий вопросник, который является русифицированным аналогом вопросника Child Health Questionnaire (CHQ) (разработчик - John E. Ware) [1].

**Результаты исследования:** Установлено, что на качество жизни детей с бронхиальной астмой оказывают влияние степень тяжести, длительность заболевания, наличие или отсутствие контроля над болезнью, возраст ребенка и социальные факторы. Получены различия параметров качества жизни детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой при самооценке и оценке родителей. Причем, физический статус был ниже по оценке родителей, а психосоциальный статус – по оценке детей. На качество жизни детей с бронхиальной астмой оказывают влияние такие социальные факторы, как образовательный уровень родителей, их профессиональная занятость, возраст и число детей в семьях. Дети, чьи родители имеют высшее образование, испытывают меньше эмоциональных проблем, связанных со здоровьем. Критерий «самооценка» (степень удовлетворенности своим внешним видом, взаимоотношениями, жизнью в целом) выше у детей в семьях, где родители



старше и профессионально заняты. В многодетных семьях у детей с тяжелой бронхиальной астмой общий уровень здоровья, все показатели специфического качества жизни ниже, а степень воздействия заболевания ребенка на родителей - выше. Наиболее низкие показатели таких критериев качества жизни как «боль/дискомфорт», «психическое здоровье», «самооценка», «уровень сплоченности семьи» установлены у детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой в возрасте 16-17 лет.

#### **Литература**

1. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова. - СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС. 2002. - 320 с.
2. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. - Минск: Доктор Дизайн, 2006. - 76 с.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Высоцкий А.Ю., Борисовец А.О.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – к.м.н. доцент Сивакова С.П.*

Системный подход к изучению состояния здоровья учащейся молодежи, основанный на выявлении влияния факторов риска, является актуальным и оправданным. На сегодняшний день в Республике Беларусь особую значимость приобрела проблема роста школьно-значимой патологии у школьников [1]. На протяжении последних лет в школе увеличилась сложность и объем учебной информации, появились новые учебные программы, возросла интенсификация умственной деятельности детей. Это способствует увеличению численности детей с хроническими заболеваниями и функциональными отклонениями [2]. Ежегодно возрастает количество школьников, относящихся к III и IV группам здоровья, число же абсолютно здоровых детей, относящихся к I группе, снижается.

Негативные изменения в состоянии здоровья школьников оказывают отрицательное влияние на формирование здоровья студентов, которые должны иметь не только высокую квалификацию, но и быть здоровыми, чтобы в дальнейшем выполнять квалифицированно свои профессиональные обязанности. Подготовка к профессиональной деятельности студентов университетов невозможна без сохранения и укрепления здоровья.

Изучение состояния здоровья студентов Гродненского государственного медицинского университета 1, 2, 3 и 4 курсов показало, что к первой группе здоровья (с нормальным физическим развитием) относится 59% исследуемых студентов, которые занимаются в основной группе по физическому воспитанию. Количество студентов, относящихся ко второй группе здоровья (подготовительная группа), составило 11,9 %. Это учащиеся, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

Количество студентов, занимающихся в специальной группе, колеблется от 23% до 29,5%. Студенты с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, недостаточной приспособленности к труду и условиям жизни (4 группа здоровья) составили 4,5%, которые занимаются в группе лечебной физической культуры.

Анализ структуры и распространенности функциональных нарушений и хронических заболеваний среди обследованных студентов 1-4 курсов выявил, что наиболее часто встречаются патология органов пищеварения и органов зрения

(преимущественно миопия слабой и средней степени тяжести), патология сердечно-сосудистой системы, патология МПС. За время учебы в университете количество студентов, страдающих заболеваниями органов пищеварения, не уменьшается и остается высоким на протяжении всех лет обучения.

С каждым годом увеличивается количество молодых людей, имеющих сниженную остроту зрения. Это объясняется тем, что школьная среда (увеличение умственных нагрузок, уменьшение двигательной активности, неудовлетворительный световой климат) способствует увеличению количества школьников с патологией зрения. 23% детей оканчивают школу с миопией, что способствует формированию патологии зрения у студентов.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о наличии причинно-следственных связей между состоянием здоровья школьников и студентов в учреждениях образования.

#### **Литература**

1. Лавриненко, Г.В., Болдина, Н.А. Динамика состояния здоровья современных подростков / Г.В. Лавриненко, Н.А. Болдина// Здоровье и окружающая среда: сб. науч. тр. – Вып. 10. – С. 121-126.
2. Физическая подготовленность и состояние здоровья учащихся старших классов в г. Гомеле: материалы конференции / О.А. Ковалева, О.В. Тузик. – 2001. – 73-74 с.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ**

*Габрусевич М.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской психологии и психотерапии*

*Научный руководитель – к.м.н. Ассанович М.А.*

Цель настоящего исследования состояла в скрининговой оценке уровня психологической адаптации врачей различных специальностей. Методами психогической диагностики являлись «Тест нервно-психической адаптации» (ТНА) и «Шкала уровня самооценки депрессии Зунга». Всего было исследовано 435 врачей терапевтического и хирургического профиля. Терапевтическая группа включала 266 чел. (61%), хирургическая – 169 чел. (39%). Распределение по полу: 156 мужчин (36%) и 279 женщин (64%). Возрастной диапазон составил 25 – 78 лет, при этом наибольшее количество испытуемых соответствовало диапазону 28 - 50 лет. Врачебный стаж колебался от 1 до 45 лет, с преобладающим числом испытуемых в диапазоне 3 – 25 лет.

Результаты исследования с помощью методики ТНА распределились следующим образом:

- 1 группа (здоровые) – 123 чел. (28%);
- 2 группа (практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками) – 146 чел. (34%);
- 3 группа (практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками) – 79 чел. (18%);
- 4 группа (состояние предпатологии) – 52 чел. (12%);
- 5 группа (признаки психической патологии) – 35 чел. (8%).

Анализ данных исследования с помощью шкалы Зунга показал, что абсолютное большинство испытуемых (94%) не обнаруживает каких-либо значимых депрессивных переживаний. Лишь 1% (6 чел.) испытуемых признал у себя наличие достаточно выраженных депрессивных симптомов.

Не обнаружено каких-либо достоверных связей между данными исследования с помощью указанных выше психодиагностических методик и принадлежностью испытуемого к той или иной специальности, полу, возрастному диапазону.

Сопоставление результатов исследования с помощью ТНА и шкалы Зунга выявило лишь умеренную корреляционную связь между уровнем психологической дезадаптации и выраженностью депрессивных переживаний.

С целью более точной классификации испытуемых был проведен кластерный анализ на основе показателей ТНА и шкалы Зунга. В результате проведенной кластеризации выделены две группы испытуемых, находящихся на значительном расстоянии друг от друга. Первая группа состояла из 132 чел. (30%), вторая - из 303 чел. (70%). Анализ межгрупповых различий в показателях методик ТНА и шкалы Зунга показал, что первая группа отличается достоверно более высокими значениями показателей по обоим указанным методикам. Учитывая значительную величину евклидова расстояния между группами, первая группа испытуемых может квалифицироваться как группа риска по развитию нарушений психологической адаптации. Данная группа врачей не имеет каких-либо специфических особенностей в плане пола, возраста, стажа и принадлежности к какой-либо специальности. Анализ перцентильных границ значений показателей ТНА и шкалы Зунга в каждой из обеих групп позволил выделить критерии отнесения испытуемого к указанной группе риска.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ**

*Гаджиева Ф.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак*

Сложные оперативные вмешательства на сонных артериях, включая резекцию артерии с последующим анастомозированием «конец в конец», либо замещением при аневризмах сонных артерий и удалении опухолей шеи с вовлечением каротидных артерий, диктуют необходимость расширения знаний о вариантной анатомии данных кровеносных сосудов. У 16-26% взрослого населения выявляются различные варианты удлинения и извитости сонных или позвоночных артерий на шее.

Цель исследования – оценка имеющихся данных о вариантной анатомии сонных артерий по материалам отечественных и зарубежных изданий.

Объект исследования – 10 источников: 3 отечественной и 7 зарубежной литературы.

В общей сонной артерии, как в правой, так и в левой, принято различать три отдела: 1) от грудино-ключичного сочленения до нижнего края верхнего брюшка лопаточно-подъязычной мышцы, 2) от нижнего края лопаточно-подъязычной мышцы до места деления общей сонной артерии, и 3) собственно место бифуркации общей сонной артерии. Длина ствола общей сонной артерии колеблется в зависимости от расположения дуги аорты и плечеголового ствола. Правая общая сонная артерия составляет 6-13 см., левая 9 – 16 см. Наибольшая длина встречается у мужчин в возрасте от 25 до 44 лет и у женщин в возрасте от 17 до 24 лет.

### **НАРУЖНАЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ.**

В наружной сонной артерии различают два основных отдела: от бифуркации общей сонной артерии до заднего брюшка двубрюшной и шилоподъязычной мышцы; и от указанной мышцы до уровня деления наружной сонной артерии на ее конечные ветви – верхнечелюстную и поверхностную височную артерию. Наружная сонная артерия может располагаться над-, под – или позади внутренней сонной артерии.

Крайне редко существует вариант, при котором основной ствол наружной сонной артерии отсутствует. Такой вариант считается состоявшимся, если основные ветви наружной сонной артерии отходят от общей сонной артерии, а собственно ствол данной артерии отсутствует (М.А.Тихомиров, 1900г.).

**ВНУТРЕННЯЯ СОННАЯ АРТЕРИЯ** – основная артерия, несущая кровь в интракраниальные отделы черепа и кровоснабжающая головной мозг. Артерия начинается от бифуркации общей сонной артерии и до входа в наружное сонное отверстие ветвей не имеет. По топографо-анатомическому положению принято выделять 4 отдела внутренней сонной артерии: 1) шейный, 2) канальный, 3) пещеристый, 4) внутричерепной. Длина внутренней сонной артерии, от бифуркации до входа в сонный канал, составляет в среднем 5,8 см, от бифуркации до угла нижней челюсти около 2,8 см, от бифуркации до заднего брюшка двубрюшной мышцы 2,7 см. Внутренняя сонная артерия располагается в одноименном костном канале, который закладывается еще во внутриутробный период жизни и после рождения практически не изменяется. Окончательное формирование канала заканчивается к 18-19 годам. Длина отрезка внутренней сонной артерии в канале колеблется от 5 до 30 мм, составляя в среднем 10 – 15 мм.

Одним из наиболее малоизученных и загадочных заболеваний сонных артерий является патологическая извитость. Виды патологической извитости сонных артерий: кинкинг, койлинг, удлинение артерии. Описание этих феноменов требует большей детализации и расширения знаний о вариантной анатомии сонных сосудов.

## **ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ДУГИ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ**

*Гаджиева Ф.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак*

Изучение новых особенностей анатомического строения дуги аорты и ее ветвей не теряет актуальность в настоящее время.

Цель исследования - обобщить имеющиеся данные об анатомии дуги аорты и её ветвей в отечественной и зарубежной литературе.

Объектом исследования послужили 11 литературных источников.

Анализ многочисленных исследований скелетотопии дуги аорты позволяет сделать вывод, что с возрастом она изменяется как в диаметре, так и в проекции по отношению к окружающим образованиям. Доказано, что чем старше человек, тем ниже располагается дуга аорты. У плода она находится на уровне устья плече-головного ствола, а в возрасте 25 – 30 лет дуга аорты проецируется на ThIII, при этом в возрасте 40 – 55 лет на межпозвоночный хрящ ThIV и на уровень ThIV и ThV в более старшем возрасте.

Г.А.Соколов (1965) выделил три основные формы дуги аорты:

1) нисходящую – наибольшая кривизна дуги аорты приходится на начало ее среднего изгиба, на остальном протяжении она как бы расправляется и плавно переходит в нисходящую аорту;

2) равномерно изогнутую – аорта плавно переходит сначала в дугу, затем в нисходящую часть;

3) восходящую – место наибольшей кривизны дуги аорты приходится на начало левой подключичной артерии или на дистальную часть дуги. Нисходящая форма, как

правило, встречается у плодов и новорожденных, равномерно изогнутая как у плодов, так и взрослых до 50 лет, восходящая – только после 50 лет.

У людей астенического типа телосложения дуга аорты круто изогнута и находится в косо-сагитальной плоскости. У гиперстеников дуга аорты уплощенной формы и расположена фронтально.

Обычно от дуги аорты ветви отходят в следующей последовательности: 1) плечеголовной ствол; 2) левая общая сонная артерия; 3) левая подключичная артерия. Подобное строение отмечается у 83,3 – 84% людей. Однако возможны и другие варианты: отхождение от дуги аорты пяти самостоятельных артерий (правая общая сонная артерия, левая общая сонная артерия, левая позвоночная артерия, левая подключичная артерия, правая подключичная артерия); плечеголовной ствол отходит не справа, а слева; имеются два плечеголовных ствола: правый и левый.

## **ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ НЕКОТОРЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА**

*Гаджиева Ф.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Е.С. Околокулак*

В последние годы тератология привлекает к себе пристальное внимание различных исследователей, о чем свидетельствуют многочисленные международные конгрессы и симпозиумы, а также тысячи публикаций по различным вопросам данной проблемы. Столь значительный интерес к врожденным порокам развития следует расценивать как: во-первых, тератология из науки описательной стала познавать этиологию пороков, что послужило предпосылкой к их профилактике; во-вторых, врожденные пороки занимают одно из ведущих позиций в структуре перинатальной и ранней детской смертности.

Анатомические особенности строения органов и систем могут оказать действенную помощь в диагностике и профилактике врожденных пороков развития и углубить знания по этой исключительно сложной и еще недостаточно изученной проблеме.

Цель работы – установление анатомических особенностей строения органов и артерий конечностей при некоторых множественных врожденных пороках развития.

Исследование выполнено с использованием макромикропрепарирования, инъекции артерий и рентгенографии на 4 трупах новорожденных обоего пола с врожденными пороками развития, и пяти новорожденных, умерших от асфиксии или родовой травмы с отсутствием видимых пороков развития.

В результате проведенного исследования описан ряд врождённых пороков развития. Выявленное сочетание патологических признаков не имеет описания в литературе. Это позволило расширить и углубить знания о вариантности фенотипического проявления пороков в условиях современности.

Установлено, что при множественном пороке развития (синдром Патау), причинами которого являются генетические факторы, при наличии наружных дефектов (расщелина верхней губы и твердого неба, полидактилия) имеются и аномалии артериального русла конечностей.

При множественных пороках развития, комбинированном воздействии генетических и тератогенных факторов или только тератогенных факторов, наружные

аномалии сочетаются с внутренними пороками: отоцефалия – дэкстракардия, полидактилия - крипторхизм.

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАДНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС**

*Герасимчик Е.В., Шока А.И.*

*УО « Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
кафедра патологической физиологии  
научный руководитель - д.м.н., доц. Максимович Н.Е.*

В последнее десятилетие сохраняется неуклонный рост числа больных, страдающих поражением сосудов нижних конечностей облитерирующего характера, что привело к росту госпитализаций и увеличению количества реконструктивных операций у больных с хронической ишемией нижних конечностей. Несмотря на достижения в развитии реконструктивной хирургии аорто-подвздошной зоны, уровень послеоперационной летальности достаточно высок и колеблется в пределах 1,9% – 9% [1]. Для улучшения результатов реконструктивных операций у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей необходимо создание адекватных экспериментальных моделей.

**Цель работы** — разработать модель ишемического повреждения задних конечностей.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на 12 самках белых крыс (200-220 г). В опытной группе (n=6) в асептических условиях под наркозом (внутривенно тиопентал натрия 40 мг/кг) осуществляли моделирование ишемического повреждения задних конечностей крыс путем создания стеноза брюшной аорты на 5 мм выше её бифуркации затягиванием лигатуры на аорте совместно с иглой диаметром 0,51 мм (25G) и её последующим удалением. Контрольную группу составили 6 ложнопериоперированных крыс. Через 1 месяц крысам осуществляли эвтаназию путем введения тиопентала натрия (100 мг/кг), производилось взятие мышц задних конечностей для гистологического исследования. Мышцы фиксировали в 10% растворе формалина, с окраской препаратов гематоксилином и эозином и по Ли. Окраска по Ли позволяет выявить ранние ишемические повреждения миоцитов [2]. Результат окраски по Ли оценивался следующим образом: мышечная ткань с неизменной структурой - желтого цвета, зоны гипоксического повреждения и некробиотические мышечные волокна (фуксиноррагия по Ли) - красного.

**Результаты и обсуждение.** При гистологическом исследовании препаратов мышечной ткани в опытной группе наблюдались изменения миофибрилл контрактурного типа с глыбчатым распадом и внутриклеточным миоцитоллизом с исходом в коагуляционный некроз, периваскулярно и между мышечными волокнами лейкоцитарная инфильтрация, по Ли - интенсивно красная окраска. В препаратах контрольной группы наблюдались признаки очагового внутриклеточного миоцитоллиза, по Ли - отмечены единичные мышечные волокна, окрашенные в красный цвет. Полученные результаты указывают на наличие выраженного повреждения мышц задних конечностей ишемического генеза в опытной группе, что не отмечено в контрольной группе.

**Выводы.** Предложенный метод ишемического повреждения задних конечностей у крыс вызывает типичные морфологические изменения в мышцах, что дает возможность использовать метод для моделирования ишемического повреждения задних конечностей с последующей экспериментальной оценкой эффективности новых

методов улучшения результатов реконструктивных операций у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

#### **Литература:**

1. Иоскевич, Н. Н. Хирургия хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза / Н. Н. Иоскевич. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 315 с.
2. Григорьев, Д. А. Патоморфологическая диагностика острой коронарной недостаточности / Д. Г. Григорьев, Е. Д. Черствой // Здоровоохранение. – 2003. - № 3. – С. 48 - 51.

## **АУТОДЕРМОПЛАСТИКА СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА**

*Герасимчик С.А. Ковальчук Т.Н. Магер Е.С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра детской хирургии*

*Научный руководитель - д.м.н. Ковальчук В.И.*

Ожоги являются одним из частых видов детского травматизма. Дети с ожогами составляют значительный процент госпитализированных в детские хирургические стационары.

Цель: исследовать и провести анализ оперативного лечения детей с глубокими термическими ожогами.

Материал и метод: в отделении экстренной хирургии Гродненской ОДКБ за 2003-2007 гг. находились 83 ребенка с глубокими ожогами, из них 65 детей в возрасте до 3-х лет и 18 - от 3-х до 6 лет. Девочек было 45, мальчиков - 38.

Перед оперативным вмешательством ребёнок выводился из ожогового шока (при наличии такового), проводился необходимый клинико-лабораторный анализ (ОАК, ОАМ, ВАК), ожоговая рана очищалась от некроза и подготавливалась к пластике.

Результаты клинических исследований: химическая некрэктомия выполнялась 30% салициловой мазью у всех детей длительностью 1-3 (1,9) дня на 8-9-е (8,5) сутки от момента поражения, у 1 ребенка выполнена ранняя локальная некрэктомия с АДПСРКЛ на 2-е сутки от получения травмы. От момента удаления струпа до пластики на раны накладывались повязки с раствором антисептика длительностью 6-7 (6,2) суток.

За 1-2 дня до пластики у 80 детей забиралась кровь для ОАК и у 45 - для БАК. Выявлено, что у 30 детей (37,5%) наблюдалась анемия легкой степени тяжести, лейкоцитоз - у половины обследуемых (50%), лейкопения - у 2 детей (4,4%) и у 8 - легкая гипопротейнемия (17,7%). По другим биохимическим показателям изменений не выявлено.

В среднем S гранулирующей ткани составляла 100,86 кв.см., донорской – 100,1 кв.см. Средняя продолжительность времени от поступления до пластики равна 14,3 суток.

При наличии показаний к хирургическому лечению ребёнок доставлялся в операционный блок, где после обработки операционного поля электрическим дисковым дерматомом ДЭ-60-01 производился забор донорского участка кожи, перфорировался и укладывался на рану. Толщина трансплантата составляла от 0,1 до 0,2 мм. На донор укладывалась повязка с H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, на пересаженный участок - асептическая повязка.

Выполнено 107 операций подобного плана. В 100 случаях (93,4 %) донором являлась кожа нижних конечностей, в 5 случаях (4,6%) - передней брюшной стенки, в 2 (1,8%) - кожа плеча и ягодиц.

Длительность заживления пересаженных лоскутов в среднем составляла 8,8 суток. В 73 случаях (87,9%) лоскуты прижились, в 30 (12,1%) наступал частичный лизис пересаженного лоскута. У 2 детей (2,4%) при выписке из стационара сформировались контрактуры.

#### **ВЫВОДЫ:**

Раннее хирургическое лечение детей с термической травмой обеспечивает эпителизацию ожоговых ран в 98% случаев.

Неблагоприятные результаты лечения (косметические дефекты, развитие контрактур, кожных рубцовых стяжений) возникают в результате глубокого термического поражения, позднего закрытия ожоговой раны, остроты и тяжести воспалительного процесса в ране, неблагоприятного преморбидного фона в момент возникновения травмы.

Термические поражения являются наиболее тяжелыми из всех травматических повреждений и требуют вовлечения наибольшего количества медицинских сил и средств (ср. койко-день - 26,4).

#### **Литература:**

1. БелМАПО. Каф. медицины катастроф. Экстренная медицинская помощь пострадавшим с тяжелой термической травмой (уч.-метод. пособие). 2002 г.
2. Хирургические болезни детского возраста. Под ред. А.И.Лёнюшкина. 2006г.

## **ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.**

*Герасимчик С.А., Ковальчук Т.В., Магер Е.С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь.*

*Кафедра детской хирургии.*

*Научный руководитель - д.м.н. Ковальчук В.И.*

Термические ожоги занимают значительное место в структуре травматических поражений. Чаще встречаются в младшей возрастной группе.

Цель: исследовать и провести анализ клиники и лечения детей с глубокими термическими ожогами.

Материал и метод: в клинике детской хирургии ГрГМУ за период 2003-2007 гг. находилось на лечении 83 ребенка с глубокими ожогами. Из них 45 (54,2 %) - девочки и 38 (45,8 %) - мальчики. В возрасте до 3-х лет было 65 (78,3 %) детей, от 3 до 6 лет - 18 (21,7 %) детей.

При поступлении в стационар определялась площадь и глубина ожоговой раны (правило «девятка» по Уоллесу, метод «ладошки», проба на болевую чувствительность и визуальная оценка ожоговой раны).

Результаты клинических исследований: все дети поступали в течение часа от момента получения травмы. Из районов области больные поступали после выведения из ожогового шока в течение первых 3-х суток.

По механизму травмы ожоги кипятком наблюдались у 67 (80,8 %) детей, от горячих предметов - у 8 (9,6 %) детей и от ожогов пламенем - у 8 (9,6 %) детей.

По локализации ожоги верхних конечностей встречались у 50 (60,2 %) детей, нижних конечностей – у 28 (33,7 %), грудной клетки – у 32 (38,6 %), лица – у 29 (34,9 %), шеи – у 22 (26,5 %), других участков тела – у 27 (32,5 %). В среднем площадь



глубоких ожогов составляла 4,8 %, поверхностных - 13,32 %. Ожоговая болезнь наблюдалась у 37 (44,6 %) детей.

При поступлении в стационар дети с ожоговым шоком госпитализировались в реанимационное отделение. Выполнялся туалет ожоговой раны и накладывались марлевые повязки с раствором фурацилина 1:1000. На 2-е сутки удалялись верхние слои марли, однослойная повязка обрабатывалась водным раствором йодопирона. Ожоговая рана осушивалась с помощью фена и вентилятора до образования струпа в течение 6-7 суток. Ежедневно производилась обработка йодопироном. Химическая некрэктомия выполнялась салициловой мазью в течение 1-3 суток.

После удаления струпа на гранулирующую поверхность в течение 6-7 суток накладывалась повязка с раствором антисептика.

Закрытие дефекта кожи осуществлялось методом аутодермопластики расщепленным лоскутом.

**Выводы:**

В младшей возрастной группе основной причиной поражения является ожог горячей жидкостью - у 67 (80,8 %) детей. Чаще поражались конечности – у 78 (94%) детей, грудная клетка - у 32 (38,6 %) детей и лицо - у 29 (34,9%) детей.

Открытое ведение ожоговой раны (под однослойной повязкой) является эффективным методом лечения. Его использование в течение 8 суток после поражения позволяет очистить рану от некроза и подготовить к пластике.

**Литература:**

1. БелМАПО. Каф. медицины катастроф. Экстренная медицинская помощь пострадавшим с тяжелой термической травмой (уч.-метод. пособие). 2002 г.
2. Хирургические болезни детского возраста. Под ред. А.И.Ленюшкина. 2006 г.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Горустович О. А., Волчкевич Д. А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

**Актуальность:** морфология сосудистой системы является достаточно актуальным направлением практической и теоретической современной медицины в силу острой проблемы сосудистой патологии современного общества.

**Цель исследования:** изучить половозрастные особенности строения артериальной системы человеческого организма.

**Методы исследования:** анатомическое препарирование, морфометрия, статистический метод.

**Объект исследования:** 11 трупов человека обоего пола разных возрастных групп.

**Полученные данные:** подмышечная артерия, диаметром  $7,15 \pm 1,69$  мм, является продолжением подключичной артерии. Ветвями подмышечной артерии являются:

1. Боковая грудная артерия, диаметром  $2,29 \pm 0,435$  мм, в 90% случаев отходила от подмышечной артерии, а в 10% она вообще отсутствовала. В двух случаях боковая грудная артерия брала начало одним стволом с грудоакромиальной артерией, а в одном случае исследуемый сосуд имел один корень с подлопаточной артерией.

2. Грудоакромиальная артерия, средним диаметром  $2,9 \pm 0,45$  мм, помимо классического отхождения от подмышечной артерии, брала начало общим стволом с боковой грудной артерией. В двух случаях источником грудоакромиальной артерии являлась подключичная артерия.

3. Передняя артерия, огибающая плечевую кость,  $2,8 \pm 0,97$  мм, в подавляющем большинстве случаев отходила самостоятельно от подмышечной артерии. В одном случае она брала начало общим стволом с задней артерией, огибающей плечевую кость.

4. Задняя артерия, огибающая плечевую кость, несколько крупнее передней одноименной артерии ( $3,56 \pm 0,58$  мм), в большинстве случаев отходила непосредственно от подмышечной артерии. В одном случае данный сосуд отсутствовал.

*Вывод:* проведенное исследование показало относительную постоянность ветвей подмышечной артерии. Полученные данные могут быть полезны практикующим врачам хирургических специальностей.

## ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ И ПОСЛЕДУЮЩЕМ ОТОГРЕВАНИИ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ

*Глуткин С.В., Буксанов М.В., Глуткин А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

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

Восстановление живого организма после холодового воздействия остаётся актуальной задачей практической и теоретической медицины [Иванов К.П., 2002]. Известно, что при введении L-аргинина (в дозе 300 мг/кг, внутривенно, одномоментно) крысам отмечалось повышение холодовой устойчивости, уменьшение кислородной недостаточности [Zinchuk V.V., Dorokhina L.V., 2002], но не изучался эффект оксида азота в период отогревания, после холодового воздействия. Мелатонин может влиять на активность NO-синтазы, ингибируя уровень образования NO [Асуña-Castroviejo et al., 2005]. Целью настоящей работы является изучение влияния модификаторов L-аргинин-NO системы и мелатонина на ректальную температуру тела крыс в течение холодового воздействия и последующего их отогревания.

Эксперименты проведены на крысах-самцах массой 220-270 г. Катетеризировали наружную яремную вену животных для введения модификаторов L-аргинин-NO системы. Для проведения исследований нами использовался комбинированный метод создания искусственной гипотермии с последующим отогреванием животных. Крысы в период охлаждения и отогревания располагались в специальных боксах без непосредственного контакта с водой. Холодовое воздействие выполнялось в течение 120 минут при температуре воды  $19^{\circ}\text{C}$ , отогревание животных осуществлялось на протяжении последующих 120 минут при температуре воды  $32-35^{\circ}\text{C}$ , со средней скоростью отогревания  $0,06^{\circ}\text{C}/\text{мин}$ . Для модификации L-аргинин-NO системы использовались следующие вещества: субстрат синтеза оксида азота (NO) – L-аргинин (300 мг/кг), донор NO – нитропруссид натрия (50 мкг/кг), ингибитор NO-синтазы - N<sup>w</sup>-нитро-L-аргинин метил эстер (40 мг/кг). Модификаторы L-аргинин-NO системы вводились внутривенно в течение вторых 60 минут охлаждения в объеме 1 мл. За 30 минут до холодового воздействия животным внутрибрюшинно вводился мелатонин (однократно 0,1, 1 и 10 мг/кг, а также 1 мг/кг ежедневно в течение 4 суток). Измерение температуры осуществлялось с помощью электротермометра ТПЭМ-1 через каждые 10 минут.

Введение L-аргинина привело к наименьшему снижению ректальной температуры в конце гипотермического периода ( $29,05 \pm 0,18^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0,05$ ) в сравнении с группой гипотермия ( $28,55 \pm 0,16$ ) и её наибольшему подъему в период отогревания ( $36,24 \pm 0,05^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0,001$ ) в сравнении с группой гипотермия/отогревание ( $35,36 \pm 0,11$ ). При введении мелатонина в больших дозах (однократно 1 и 10 мг/кг, и 1 мг/кг ежедневно в течение 4 дней) наблюдалось наименьшее снижение температуры тела ( $29,09 \pm 0,19$ ,  $p < 0,05$ ,  $29,23 \pm 0,15$ ,  $p < 0,01$ ,  $29,15 \pm 0,15^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0,05$ , соответственно). Наибольшая величина ректальной температуры в конце периода отогревания

наблюдалась у животных, получивших однократно мелатонин в дозе 1 и 10 мг/кг, и 1 мг/кг в течение 4 дней ( $36.15 \pm 0.08$ ,  $p < 0.01$ ,  $36.34 \pm 0.15$ ,  $p < 0.01$ ,  $36.30 \pm 0.16^{\circ}\text{C}$ ,  $p < 0.01$ , соответственно, в сравнении с группой гипотермия/отогревание ( $35.29 \pm 0.25^{\circ}\text{C}$ ).

Введение L-аргинина и мелатонина в больших дозах благоприятствует более медленному снижению ректальной температуры крыс в период холодового воздействия, улучшает восстановлению ее к исходному значению. Возможно, это связано либо с прямым действием этих веществ (воздействуя на специфические им рецепторы), либо опосредованным влиянием (через газотранспортную функцию крови, прооксидантно-антиоксидантный баланс).

## **КЛИНИКА И ЛИЧЕНИЕ ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ**

*Глуткин А. В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра детской хирургии.*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Ковальчук В.И.*

Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей - одно из самых распространённых тяжёлых гнойно-воспалительных заболеваний. Подострая стадия ОГО – это патологический процесс, при котором возможно обратное развитие, приводящее к выздоровлению, либо переход в хроническую стадию. Мальчики болеют в 2—3 раза чаще, чем девочки.

**Цель:** Исследование и анализ клинического течения и результатов лечения подострой стадии острого гематогенного остеомиелита у детей.

**Материал и метод.** На базе клинике Гродненского медицинского университета были исследованы истории болезни 110 больных с ОГО, из них 13 человек с подострой стадией ОГО, лечившихся в ГОДКБ в 1995 – 2006 гг. Из них 8 (62%) мальчики и 5 (38%) - девочки. Все больные были в возрасте 11 и 12 лет. Койко-дни у детей были разные. До 30 дней – 3 (23%), с 31-60 – 3(23%) и больше 60 – 7(54%). Длительность заболевания до поступления и дата у всех детей была разная. До 30 суток – 11(84,6%), 31-61 – 0(0%) и больше 60 – 2(15,4%). В тяжелом состоянии находилось 7 (53,8%) больных, в среднетяжелом – 1 (7,7%) и удовлетворительном состоянии было 5 (38,5%). Длительность температурной реакции составила: от 1 до 2 суток – 0 (0%) больных и свыше трех суток – 5 (38,5%) больных. Температурная реакция отсутствовала у 8 (61,5%) больных. Сроки нормализации общего состояния до 15 суток – 8(61,5%), 16-30 – 1(7,7%) и больше 30 – 4(30,8%). Характерна сезонность заболевания, весенне-осенний период – 9(69,2%) больных, а в летне-зимний – 4(30,8%). Всем детям выполнялось рентгенографическое исследование костей.

**Результаты клинических исследований были следующими** По локализации наиболее часто встречался остеомиелит бедренной кости - 7 (53,8%) случаев. Остеомиелит большеберцовой кости был у 4 (30,8%) больных. Остеомиелит локтевой кости – 2 (15,4%) больных. У больных наблюдались рентгенологические признаки подострой стадии ОГО: деструктивные изменения, периостальные наложения, мелкие секвестры. Сочетание 2-х признаков: деструктивные изменения и периостальные наложения отмечались у 12 больных. Сочетание всех 3-х признаков у 3-х больных и у 1 наблюдались только деструктивные изменения. Всем детям проводилось оперативное лечение: множественная чрезкожная остеоперфорация.

В течение 1-х суток – 8(61,5%) больным и 2-х суток – 5(38,5%) больным выполнялась остеоперфорация. Сроки от поступления до множественной чрезкожной остеоперфорации у всех больных были разные. До 30 – 0(0%), 31-60 – 8(61,5%) и

больше 60 – 5(38,5%). Сроки от выполненной множественной чрезкожной остеоперфорации до выписки составили: до 15 дней – 6(46,2%) больных, после 15 – 7(53,8%). Осложнений со стороны костной структуры не наблюдалось. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, с гипсовой повязкой с контролем через месяц.

**Вывод:**

1. Подострая стадия ОГО встречается в 11,8% случаев.
2. Основными признаками подострой стадии ОГО являются рентгенологические и лабораторные данные, местные проявления.
3. Эфektivным методом лечения подострой стадии ОГО является множественная чрезкожная остеоперфорация.

## **К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА**

*Головач Е.И., Лопато П.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии*

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

Острая сосудистая недостаточность кишечника (ОСНК) является экстренной хирургической патологией, диагностируемой у 0,1 – 0,2% пациентов, госпитализируемых в общехирургические стационары. Клиническая картина ОСНК характеризуется полиморфным характером в зависимости от стадии патологического процесса. Известные патологические методы требуют специального дорогостоящего оборудования, либо недостаточно достоверны.

Лечение ОСНК – хирургическое, целью которого является восстановление кровотока и резекция некротизированной части кишечника. Обобщенно операции, выполняемые при ОСНК, можно разделить на 3 группы:

- 1 вмешательства на сосудах;
- 2 резекция кишечника;
- 3 сочетанные вмешательства на сосудах и резекция кишечника.

Наиболее часто применяется резекция кишечника, которая целесообразна при поражении 2-го и 3-го сегментов ствола верхней брыжеечной артерии (острое нарушение артериального кровообращения указанного бассейна регистрируется до 92% случаев). При окклюзии 1-го сегмента резекция кишки без вмешательства на сосудах бесперспективна ввиду большой протяженности некроза.

*Цель исследования:* изучить результаты хирургического лечения больных ОСНК.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 25 пациентов с ОСНК в возрасте от 50 до 87 лет (средний возраст 69,2 года). Мужчин было 14 (56%), женщин – 11 (44%). Большинство больных страдали сердечно-сосудистой патологией (ИБС, системным атеросклерозом, мерцательной аритмией). Превалировало острое нарушение артериального кровоснабжения кишечника, причем, поражение верхней брыжеечной артерии диагностировано у 23 (92%) пациентов, у одного больного (4%) – в бассейне нижней брыжеечной артерии и в одном случае (4%) имел место тромбоз брыжеечных вен.

Эксплоративная лапароскопия произведена 10 больным (40%), у двух (8%) пациентов после лапароскопии выполнялась диагностическая лапаротомия, подтвердившая тотальное поражение кишечника. Резекция тонкой кишки различной протяженности (от 60 см до 2,5 метров) в сочетании с правосторонней гемиколэктомией (у 2 больных) произведена 11 (44%) пациентам. Сочетанно

тромбэктомия из верхней брыжеечной артерии и резекция кишечника выполнена в 2-х (8%) случаях. Умерло 16 человек, послеоперационная летальность 64%. Обращает внимание поздняя обращаемость больных за медицинской помощью – время от начала заболевания до госпитализации составляло от 8 часов до 4-х суток.

*Выводы.* При ОСНК резекции кишечника (в том числе и обширные), особенно в сочетании с операциями на мезентериальных сосудах, являются единственным шансом для спасения данного контингента больных. Однако поздняя обращаемость, трудности диагностики как на догоспитальном этапе, так и в стационаре, объясняют поздние оперативные вмешательства, что и определяет высокую послеоперационную летальность.

## **О РОЛИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА**

*Лопато П.В., Головач Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии*

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

Острая сосудистая недостаточность кишечника (ОСНК) относится к наиболее тяжелым заболеваниям органов брюшной полости. Частота данной патологии не только не имеет тенденции к снижению, но и увеличивается с каждым годом. Диагностика и лечение этого заболевания остаются на низком уровне, о чем свидетельствуют показатели летальности – 75 – 100%. В условиях общехирургического стационара использование ангиографии, дуплексного сканирования, спиральной компьютерной томографии, магнитно – резонансной томографии по известным причинам не всегда осуществимо. Поэтому одним из широко распространенных и наиболее доступных методов диагностики ОСНК является лапароскопия, возможности которой, по литературным данным, неоднозначны. Одни авторы дают этому методу высокую оценку, другие считают ее малоинформативной на ранних стадиях заболевания, так как достоверные лапароскопические признаки ОСНК проявляются позже ангиографических на 2-3 часа. Учитывая сомнительные лапароскопические признаки этой тяжелой патологии, ряд авторов рекомендуют шире применять диагностическую лапаротомию.

*Цель исследования:* проанализировать значение лапароскопии в диагностике ОСНК.

Проведен ретроспективный анализ результатов лапароскопии у 12 больных ОСНК, среди них 5 мужчин (41,6%) и 7 женщин (58,4%). Средний возраст составил 72,4 года (от 60 до 87 лет). 11 (91,7%) больных страдали ИБС, системным атеросклерозом, причем у 8 из них имела место мерцательная аритмия; 1 (8,3%) больной был переведен из тубдиспансера, где находился на лечении по поводу туберкулеза легких в стадии распада. Время от начала заболевания до выполнения лапароскопии составляло от 20 часов до 4-х суток.

Диагнозы при направлении и поступлении в стационар охватывали широкий спектр нозологических форм различной абдоминальной патологии, что еще раз подтверждает полиморфизм клинической симптоматики ОСНК. Лапароскопия выполнялась под эндотрахеальным наркозом. У 10 больных (83,3%) лапароскопическая картина характеризовалась изменением кишечных петель от бледного до черного цвета, отсутствием перистальтики, наличием выпота (серозно-геморрагический, геморрагический, фибринозный), парезом кишечника, гиперемией и отеком брыжейки, фибринозными наложениями. Причем, эти изменения затрагивали как тонкий, так и, в

ряде случаев, толстый кишечник. У 2 (16,7%) больных на фоне спаечного процесса были выявлены фибринозные наложения в правом подреберье и по ходу правого бокового канала, что послужило основанием для выполнения лапаротомии, при которой был выставлен диагноз тотального поражения кишечника. После операции средняя продолжительность жизни составила 1,6 дня. На аутопсии отмечено совпадение диагнозов.

*Выводы.* На поздней стадии ОСНК при наличии некротических изменений кишечника и перитонита лапароскопия позволяет верифицировать диагноз, определить распространенность поражения кишечника и выбрать оптимальную тактику лечения. Однако при ишемической стадии возможности лапароскопии ограничены, в связи с этим при подозрении на ОСНК показано выполнение лапаротомии.

## **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Головкова Е. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Лелевич В.В.*

В рамках третьего этапа Беларуско-украинско-молдавской программы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков (БУМАД) в 2008г. предусмотрено проведение национального опроса учащейся молодежи по проблемам распространения потребления психоактивных веществ - алкоголя, табака и наркотиков с использованием методологии Европейского школьного проекта по опросам по алкоголю и наркотикам (ESPAD).

В октябре 2007г. было проведено пилотное исследование – опрос учащихся 10-го класса СШ № 3 г. Гродно, обучающихся по программе 11-летней средней школы.

Целью исследования явилось изучение основных аспектов распространения потребления различных психоактивных веществ среди респондентов, апробирование белорусского варианта анкеты.

В качестве инструмента исследования была использована анкета, разработанная на основе опросника The 2007 ESPAD Questionnaire, использованного в 2007г. для проведения национальных опросов молодежи в 36 европейских странах. Особенностью белорусского варианта опросника является сохранение основной стандартной структуры – 48 ключевых вопросов, модулей А, В, С, О, а также 9 страновых вопросов (ВУ 1- ВУ 9).

Анонимный опрос был проведен в одной из школ г. Гродно. Объектом исследования явились 26 старшеклассников – учеников 10-го класса. Из них -11 были мальчики, 15-девочки. Большинству респондентов на момент проведения опроса исполнилось 16 лет.

Среди психоактивных веществ наиболее распространенными оказались *алкогольные напитки*, в употреблении которых призналось 84,2% респондентов. Наиболее доступными и часто употребляемыми алкогольными напитками среди опрошенных школьников явились напитки с низким содержанием этанола - пиво, джин-тоник, и, в меньшей степени, вина и крепкие алкогольные напитки. На вопрос об интенсивности употребления алкоголя и испытании опьянения 7,7% ответили, что испытали это состояние в течение года хотя бы один раз. Однако 15,8% признались, что им приходилось употреблять 5 и более порций алкогольных напитков подряд.

69,3% респондентов ответили, что курили/курят *сигареты*, причем 19,2% -10-19 раз в жизни, 3,8% - 20-39 раз, а 15,8% -40 и более раз в жизни. 4 подростка (15,8%) ежедневно выкуривали от 1 до 20 сигарет.

В потреблении *марихуаны* в течение жизни призналось 4 подростка (15,8%), по 1 подростку попробовали экстази, ингалянты, насвай, алкоголь вместе с таблетками. Никто из опрошенных никогда не пробовал «тяжелые» и другие запрещенные наркотики.

Таким образом, наиболее популярными ПАВ в опрошенной подростковой группе являются слабоалкогольные напитки и сигареты. Употребление других видов ПАВ распространено в значительно меньшей степени. Имеющиеся в настоящее время данные (Никифоров И.А.,2004; Шурыгина И.И.,1997; Анохина И.П.,2001) показывают, что употребление алкоголя, в том числе раннее знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 14 лет, и табакокурение являются факторами прогноза употребления запрещенных наркотиков и полинаркомании.

Полученную информацию необходимо учитывать при разработке мероприятий первичной профилактики: введение строгого запрета (и контроля за его исполнением) на продажу подросткам не только крепких алкогольных напитков, но и сигарет и слабоалкогольных напитков.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕСТИРУЮЩИХ СРЕД

*Голышева Е. И., Худовцова А. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – к. ф.-м. н., доцент С. И. Клинецвич*

В системе инновационного образования нашей республики важное место занимают информационные дидактические технологии в сочетании с компьютерным тестированием. В современных условиях компьютерное тестирование является наиболее технологичным и объективным инструментом для оценки знаний. Применяемые в настоящее время компьютерные тестирующие среды (КТС) характеризуются широким спектром функциональных возможностей и реализованных в них педагогических концепциях, различаются по критериям рейтингового балла, по стоимости и другим параметрам. Целью нашей работы является анализ функциональных характеристик и возможностей самых популярных КТС с учетом фактора их рыночной стоимости. Результаты анализа 3 наиболее популярных КТС, поддерживающих русскоязычный интерфейс, приведены в таблице.

<b>Характеристика</b>	<b>VeralTest</b>	<b>SunRav TestOfficePro</b>	<b>AVELife TestGold Studio</b>
Сайт разработчика	<a href="http://veralsoft.com">http://veralsoft.com</a>	<a href="http://www.sunrav.ru">http://www.sunrav.ru</a>	<a href="http://www.avelife.ru">http://www.avelife.ru</a>
Состав комплекса	БР+БТ+БА	БР+БТ+БА	БР+БТ+БА
Режимы тестирования	ПТ+ПГ+ВТ	ПТ+ПГ+ВТ	ПТ+ПГ+ВТ
Веб-интерфейс	есть	есть	есть
Безопасность	ШТ+ШР+ПМ	ШТ+ШР+ПМ	ШТ+ШР+ПМ
Визуализация	изображения, формулы, схемы,	изображения, формулы, схемы,	изображения, формулы, схемы,

Характеристика	VeralTest	SunRav TestOfficePro	AVELife TestGold Studio
	таблицы, аудио- и видео- файлы, HTML	таблицы, аудио- и видео- файлы, HTML	таблицы, аудио- и видео- файлы, HTML
Многообразие типов вопросов	5 типов вопросов	5 типов вопросов	12 типов вопросов
Использование тем	есть	есть	есть
Случайные вопросы	есть	есть	есть
Адаптивные тесты	есть	есть	есть
Вес вопроса и вариантов ответа	есть	есть	есть
Ограничение по времени.	есть	есть	есть
Количество тестов	не ограничено	не ограничено	не ограничено
Цена	1-9 лицензия ~ 130\$ 10-24 лицензии ~ 120\$ 25-49 лицензий ~ 105\$	1 лицензия ~ 310\$ >10 лицензий ~ 260\$/ лицензию	1 образовательная лицензия ~ 285\$ 1 стандартная лицензия ~ 355\$

Условные обозначения: БР- блок редактирования, БТ – блок тестирования, БА – блок администрирования, ПТ –персональное тестирование, ГТ – групповое тестирование, ВТ – веб-тестирование, ШТ –шифрование тестовых вопросов, ШР – шифрование результатов тестирования, ПМ – пароль на манипуляции с тестами.

Общий вывод. Рассмотрение КТС принадлежат к одному классу, имеют достаточно широкий набор возможностей для реализации различных схем тестирования, в них используются гибко настраиваемые модели формирования итоговой оценки, имеют одинаково удобные интерфейсы для разработчика тестов и тестируемого. Однако, если учитывать некоторые дополнительные функциональные возможности рассмотренных КТС, все же следует заключить, что с небольшим преимуществом в данном классе КТС лидирует программный продукт AVELife TestGold Studio компании "АВЕЛайф" (ООО «АВЕЛайф»).

## **ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ В СМИ НА ПОВЕДЕНИЕ ИНДИВИДА**

*Гончарова К.О., Павловская М.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н. Короленок Л.Г.*

Современное общество живет в информационной эре, когда человек не мыслит свое существование без информации, которая помогает ему сориентироваться в жизни. Однако информация, которую получает человек, может быть не только конструктивной, но и способной деструктивно влиять на сознание, подсознание и, в итоге, на поведение людей. Один из основных информационных каналов – это СМИ.

За последнее десятилетие накапливаются данные, свидетельствующие о все более деструктивном влиянии многих СМИ на психическое здоровье населения. Насилие на телеэкране и в видеоиграх увеличивает риск агрессивного, или, наоборот, чрезмерно стеснительного поведения людей. На телеэкранах почти ежедневно



освещаются в подробностях траурные события, катастрофы, убийства, несчастные случаи, жертвы, их плачущие родственники. С излишним натурализмом и нагнетанием трагедийности были показаны такие сюжеты, как описание гибели атомной подлодки «Курск», катастрофы самолета с башкирскими детьми в небе Германии, захвата заложников в Москве и последствий штурма с гибелью многих людей. Можно по-разному относиться к этим сюжетам на телеэкранах, однако большая часть исследователей считает, что показ сцен насилия в фильмах и телевизионных программах может повысить агрессию зрителей.

Экранное насилие объясняется в рамках различных психологических школ. Наиболее распространен бихевиористский подход, в котором внимание уделяется двум условиям: во-первых, изображение насилия широко распространено на телевидении и пользуется успехом у зрителя. Во-вторых, доказательству наличия особых механизмов, которые обуславливают реальное насилие телевизионными сценами, т.е. прайменга: процесса, в ходе которого агрессивно насыщенные мысли активизируют соответствующие чувства, образы и даже побуждения к действию. Психофизиологические теории утверждают, что причина возникающей от телепросмотров агрессии заключается в гормональных изменениях, происходящих у зрителя. Представители психоаналитической теории особую роль придают психоанализу, согласно которому именно вечернее время наиболее «опасное», с точки зрения усвоения моделей агрессии, что связано с увеличением усталости, снижением самоконтроля и критичности. Теория стимулирующего воздействия объясняет агрессию, возникшую после просмотра сцен жестокости усилением возбуждения человека, снижением чувствительности к страданиям жертвы, а также представлениями о допустимости насилия в межличностных отношениях. Недифференцированные теории включают ряд концепций, которые не относятся к вышеуказанным. Так, теория закрепления, в частности, отрицает способность насилия на телеэкранах учить агрессивному поведению или провоцировать его. Теория криминального гипноза предполагает, что на время телетрансляций психика человека становится предметом общественно опасного психического воздействия – гипноза.

Выводы различных работ и практические исследования говорят о том, что длительная экспозиция насилия по телевидению может приводить к увеличению агрессивности поведения, уменьшению факторов, сдерживающих агрессию, притуплению чувствительности к агрессии, формированию образа социальной реальности, на котором основываются многие из таких действий, кроме того, телевидение может оказывать косвенное влияние на жертв преступления, снижая, например, их желание наказать агрессора.

Таким образом, насилие на телевидении является одним из условий становления агрессивности личности. Но не стоит забывать также о том, что оно не принимается как руководство к действию, но, зачастую, убеждает в ничтожности человеческой жизни.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ**

***Гончарук В. В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»», Беларусь  
Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Смолко Я. Е.*

Учение о черепе представляет одну из увлекательных и, несмотря на большую давность, далеко не исчерпанных областей человеческого знания.

Анатомические данные о черепе находят широкое применение в медицинской практике. Современные методы диагностики и оперативные вмешательства при заболеваниях и повреждениях черепа и внутричерепных патологических процессах немыслимы без знания закономерностей конструкции черепа, многообразных вариантов его формы и строения.

На двадцати черепах взрослых людей обоего пола изучались размеры задней черепной ямки, большого затылочного отверстия, угол схождения пирамид и их зависимость от величины черепного указателя.

Результаты работы.

Угол схождения пирамид варьирует в пределах от  $76^{\circ}$  до  $128^{\circ}$ . Отмечается зависимость между углом схождения пирамид и формой черепа.

Связь между размерами задней черепной ямки и углом схождения нами не установлена.

Индекс задней черепной ямки определяли как процентное отношение ее ширины к длине. Средняя величина индекса у долихокранов и мезокранов практически одинакова, тогда как у брахикранов этот показатель значительно выше.

Длина задней черепной ямки составляет большую часть длины мозгового черепа. Этот размер положительно коррелирует с длиной и шириной черепа.

Полученные результаты показывают большую изменчивость размеров, формы задней черепной ямки и большого затылочного отверстия и их связь с величиной черепного указателя.

## ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ ГОРОДА ГРОДНО В КОНТЕКСТЕ АРХИТЕКТУРЫ И КУЛЬТУРЫ

*Гончарук В.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., профессор Лукьянова Л.И.*

В истории европейской медицины есть немало страниц, связанных с городом Гродно. Большой интерес представляют исторические постройки, сохранившиеся до сегодняшнего дня, тем или иным образом связанные с медициной старого Гродно.

**Аптека.** В 1687 г. орден иезуитов основал аптеку, в 1709 г. было построено для нее специальное здание, расположенное в юго-западной части монастыря. Первоначально представляло собой прямоугольное в плане, 2-этажное здание с мансардой. Главный фасад завершался высоким 2-ярусным барочным фронтоном. Включал 2 группы помещений: аптечные (со стороны главного фасада) и подсобные (соединялись с монастырём коридором). Перестроено в 19-20 вв. Современное здание имеет симметричный главный фасад, разделённый тонкой карнизной тягой на 2 яруса.

**Гродненская медицинская Академия.** Существовала в Гродно в 1775-1781 гг. Открыта по инициативе А. Тызенгауза. Её организатором и руководителем был французский естествоиспытатель, хирург, анатом Ж.Э. Жилибер.

Сохранилось здание Медицинской академии (ул. Ожешко, 20), которое является памятником гражданской архитектуры 18 в. Построено в 1770-е г. в стиле позднего барокко на тер. Городницы. Центр. 3-этажная часть завершена вальмовой крышей. Главный фасад раскрепован на углах двумя большими гранёными эркерами, которые раньше были накрыты сомкнутыми вогнутыми куполами. Фасады украшены ордерной пластикой, 2 нижних этажа эркером объединены пилястрами. К осн. объёму по бокам примыкают 1-этажные пристройки с 3-скатными крышами. Планировка коридорная, в

центр, части с односторонним, в пристройках – с двусторонним расположением помещений.

**Первое паталого-анатомическое вскрытие. «Баториевка».** Через дорогу от Фарного костела находится здание, известное нам под названием «баториевка» (сегодня – кафедра анатомии человека ГрГМУ). С ним связана легенда о том, что, якобы здесь проходило первое анатомическое вскрытие в Восточной Европе, однако существуют сведения о том, что вскрытие было проведено в подвалах старого замка. «Баториевка» построена по распоряжению С. Батория во 2-й пол. XVI в. в стиле итальянского ренессанса. Основной объём был 2-этажным, с большим вторым этажом-залом, который освещался рядом высоких окон. Крыло здания, ориентированное к костёлу иезуитов, было трехэтажным. Вход подчёркивался высоким парадным крыльцом.

**Дома врачей. Дом по ул. Ленина, 22** (т. наз. «Дом Тальгейма»), построен в 1911 из кирпича. Г-образное в плане здание состоит из 3 объёмов. Средний - угловой, похож на башню, накрыт шатровой крышей. В оформлении использованы керамические вставки, цветное стекло, фактурная штукатурка. Два входа вели в жилую часть (со стороны ул. Карбышева) и в приёмные покои (со стороны ул. Ленина). **Дом по ул. Студенческой, 6** был построен в 1906 из кирпича. Строго симметричный 2-этажный прямоугольный в плане объём с парадным входом в центре. Выразительность оформления фасадов достигнута сочетанием неоштукатуренных плоскостей стен, выложенных из кирпича и окрашенных в белый цвет карнизных тяг, пилястр, оконных наличников, а также использованием кованых, решённых в виде перевитых змей, решёток парапета.

#### **ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ:**

- 1 «Памяць Гродна» Мн. «Беларуская энцыклапедыя» 1999 г. Г.П. Пашкоў, Я.М. Жабрун, І.П. Крэнь і інш.
- 2 «Гродно, энциклопедический справочник» под редакцией И.П. Шамякина, Мн. «Белорусская советская энциклопедия» имени П. Бровки, 1989 г.
- 3 Интернет статьи А.П. Гостева и др. авторов.

## **О СИНДРОМЕ ШТУРГЕ-ВЕБЕРА**

*Горбунова Э.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель – д.м.н. Басинский В.А..*

Синдром Штурге-Вебера (Стерджа-Вебера-Краббе) – это энцефалотригеминальный ангиоматоз, относящийся к факоматозам. Болезнь характеризуется капиллярными или кавернозными гемангиомами, появляющимися на одной стороне лица (но не всегда) в пределах зоны кожной иннервации тройничного нерва, а также преимущественно венозными гемангиомами на мягкой мозговой оболочке над затылочной, теменной и лобной долями с той же стороны. Самые частые расстройства — паралич, утрата чувствительности и стойкий дефект полей зрения. Часто встречается слепота глаза на стороне невуса, которая почти всегда обусловлена глаукомой. Большинство пациентов с этим заболеванием живут довольно долго (многие годы), но часто имеют резидуальный интеллектуальный дефект и гемипарез. В классическом варианте наблюдается триада симптомов: ангиоматоз кожных покровов, судорожные приступы и глаукома. Течение болезни медленно прогрессирующее; болезнь возникает, как правило, спорадически, семейные случаи являются исключительными. В связи с редкостью патологии каждое наблюдение имеет

несомненный теоретический и практический интерес. Целью исследования стал клинико-морфологический анализ летального наблюдения синдрома Штурге-Вебера.

Больной, 33 года, поступил в тяжелом состоянии в реанимационное отделение больницы. За неделю до поступления больной жаловался на головные боли, увеличившиеся судорожные приступы с утра и повышение температуры. В 7-летнем возрасте перенес ЗЧМТ. С детства был выставлен диагноз посттравматическая эпилепсия, некупирующийся эписитатус, а при обследовании в г.Минске- синдром Штурге-Вебера. Клинически в стационаре наблюдались повышенная температура, ангиоматоз обеих щек, одутловатое лицо, прикушенный язык, судороги. Аускультативно – учащенное дыхание с единичными сухими хрипами. Пульс ритмичный, 80 уд./мин.; АД 130/80. В крови- лейкоцитоз. В стационаре состояние без улучшения и в день госпитализации больной скончался. Клинический диагноз: отдаленные последствия ЗЧМТ (1981), состояние после трепанации черепа, посттравматическая эпилепсия, некупирующийся эписитатус. Болезнь Штурге-Вебера. Из протокола вскрытия: ангиоматоз щек, отсутствовало большое количество зубов. Слева в теменной области дефект кости, связанный с трепанацией черепа, в левом полушарии мягкая мозговая оболочка синюшная, мозговая ткань отечна. Со стороны легочной системы были выявлены уплотнение легочной ткани, наличие нескольких темно-красных выбуханий диаметром до 1 см. На коже лица, туловища, мошонки обнаруживались множественные эпидермальные кисты. При гистологическом исследовании в головном мозге наблюдался выраженный отек и ангиоматоз мозговой оболочки с множественными кальцификатами в коре полушария. Легкие с участками гнойной пневмонии, гнойный бронхит с перифокальными кровоизлияниями и отеком. Патологоанатомический диагноз: Болезнь Штурге-Вебера. Резко выраженный ангиоматоз мягкой мозговой оболочки и вещества левого полушария головного мозга с множественными кальцификатами в коре полушария. Ангиоматоз обеих щек. Эписитатус: отек и набухание вещества головного мозга с мелкими периваскулярными геморрагиями в вещество мозга и мягкую мозговую оболочку. Прикусы языка. Двусторонняя гнойная бронхопневмония. Отек легких. Множественные эпидермальные кисты кожи туловища, лица и мошонки. Дефект левой теменной кости после трепанации черепа.

Таким образом, следует считать, что имевшийся эписитатус обусловлен синдромом Штурге-Вебера, а не связан с последствиями ЗЧМТ. К особенностям случая следует отнести манифестацию клинических проявлений болезни после травмы черепа, отсутствие клинических проявлений патологии глаз, сочетание с кожными поражениями в виде множественных эпидермальных кист.

## **ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ КАК ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

*Гордюк И.В., Кухарчук Л.Я.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра фтизиатрии*

*Научный руководитель – к.м.н., Д.В. Шевчук*

Проблема лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ЛУ МБТ) остается одной из главных проблем фтизиатрии на современном этапе. Появление и нарастание резистентных форм МБТ значительно снижает эффективность лечения больных и повышает смертность.

Анализ чувствительности МБТ, проведенный нами в прошлом году по данным бактериологической лаборатории ГОПТД, показал рост числа лекарственно

устойчивых штаммов среди всех случаев определения ЛУ. Так, количество полирезистентных случаев выросло с 6,8% до 15,2%. Количество случаев с множественной резистентностью в 2002 г. составило 22,8%, в 2005 г.-29,1%. Наблюдался рост лекарственной устойчивости к H с 4,2% в 2002 г. до 5,1% в 2005 г.; к R с 2,4% в 2002 г. до 3,5% в 2005 г.; к S с 4,6% в 2002 г. до 5,2% в 2005 г.

Целью настоящей работы явилось определение роли ЛУ, как фактора, приводящего к летальному исходу.

Нами обследовано 288 случаев смерти больных от туберкулеза в стационаре Гродненского областного противотуберкулезного диспансера за период 2001-2006 гг. Среди всех умерших бактериовыделителями были 233 (80,9%). Характер лекарственной устойчивости штаммов МБТ, выделенных от этих пациентов, приведен в таблице.

Таблица. Характер ЛУ МБТ, выделенных у пациентов, умерших от туберкулеза в стационаре ГОПТД в период 2001-2006гг.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Вся ЛУ	20 (66,6%)	15 (37,5%)	19 (41,3%)	18 (36,7%)	23 (34,3%)	32 (57,2%)
монорезистентность	2 (6,6%)	0	2 (4,3%)	2 (4,1%)	6 (8,9%)	7 (12,5%)
полирезистентность	18 (63,3%)	15 (37,5%)	17 (36,9%)	16 (32,6%)	17 (25,4%)	25 (44,6%)

Приведенный анализ ЛУ МБТ свидетельствует о росте лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в структуре умерших, особенно в последний год. После весьма неблагоприятной обстановки в 2001 году (ЛУ 66,6%) наступил период спада роли ЛУ в структуре умерших от туберкулеза (ЛУ 34,3%,  $p < 0,05$ ), однако в 2006 году ее роль вновь резко возросла (ЛУ 57,2%). При этом наблюдается достоверный рост монорезистентных случаев с 6,6% до 12,5%. Отмечено возростание роли устойчивости к изониазиду (23,3% против 33,9%,  $p < 0,05$ ), рифампицину (33,3% против 48,2%,  $p < 0,05$ ), этамбутолу (6,6% против 16,1%,  $p < 0,05$ ). Это, вероятно, обусловлено наиболее частым их назначением в лечении всех категорий больных туберкулезом.

Соотнося полученные данные с данными о ЛУ в целом по стационару, полученными ранее можно сделать вывод о значимой роли ЛУ в прогнозе исхода заболевания.

## **ОЦЕНКА ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, РАНЕЕ ЛЕЧИВШИХСЯ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

***Гордюк И.В., Кухарчук Л.Я.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

В современной Беларуси, как и в большинстве экономически развитых стран мира, проблема алкоголизма не потеряла актуальности. По данным ВОЗ, в мире насчитывается около 120 млн. больных с синдромом алкогольной зависимости. Употребление спиртных напитков, а тем более, злоупотребление ими, оказывает самое

разнообразное воздействие на различные аспекты жизни людей и общества в целом (психологический, социокультуральный, генетический, биологический и др.).

Нами было проведено анкетирование 297 лиц, ранее лечившихся от алкогольной зависимости. Среди респондентов преобладали городские жители (72,7%), сельчан было 26,6%. Из них: 94,3% – мужчины, 5,7% – женщины, без определенного места жительства – 0,7%. Большинство опрошенных (78,1%) находились в трудоспособном возрасте.

Образование: 1) городские мужчины: высшее образование - 3,3%, базовое – 4,2%, среднее – 26,8%, специальное – 60,6%, без образования – 5,1% человек; 2) сельские мужчины: высшее – 1,6%, базовое – 14,1%, среднее – 37,5%, специальное – 46,8%; 3) городские женщины: среднее – 42,9%, специальное - 57,1%; 4) сельские женщины - все со средним образованием.

Результаты исследования: 38,2% - употребляют алкогольные напитки 4 и более раз в неделю, 18,1% - 2-3 раза в неделю, 28,5% - 2-4 раза в месяц, 14,2% - реже 1 раза в месяц. Совсем не употребляют алкоголь всего 2,0% мужчин от всех опрошенных.

У большинства респондентов обычная доза алкогольных напитков в день находится в пределах 4-8 стандартных порций. Более 180 мл. водки (450 мл вина) в течение одной выпивки употребляют 95,3% опрошенных, причём 19,2% - менее 1 раза в месяц, 18,2% - 1 раз в месяц, 27,3% - 1 раз в неделю, и 30,3% - ежедневно или почти ежедневно.

Большинство анкетированных отметили, что начав пить, не могут остановиться и тем самым не оправдывают ожидания окружающих их людей.

У 56,6% респондентов необходимость похмелиться возникала не реже 1 раза в неделю.

Чувство вины или раскаяния за последний год у 14,3% опрошенных не возникало вообще, у 15,3% - менее чем 1 раз в месяц, 1 раз в месяц у 22,1%, 1 раз в неделю у 33,2%, ежедневно или почти ежедневно у 18,1%.

43,4% респондентов в среднем 1 раз в неделю не были способны вспомнить, что было накануне, из-за того, что выпили. В течение последнего года выпивка являлась причиной телесных повреждений у опрошенных или у окружающих их людей у 55,4%.

Только в 55,3% случаев по поводу употребления алкоголя проявляли озабоченность родственники, знакомые, мед. работники.

Исходя из результатов анкетирования, очевидно, что проблема лечения синдрома зависимости от алкоголя (СЗА) является нерешённой, так как процент излеченности от алкогольной зависимости остаётся низким (только 2,0 % опрошенных совсем не употребляют алкоголь). Нельзя не отметить и тот факт, что СЗА страдает в основном трудоспособное население, что, в свою очередь, отрицательно влияет на экономический и культурный уровень развития нашего государства.

## **ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА $\gamma$ -АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ**

***Горох В.М.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

*Научный руководитель – к.б.н., ассистент Виноцкая А.Г.*

Поражение печени занимает наибольший удельный вес в патологии внутренних органов у больных алкоголизмом. При экспериментальной хронической алкогольной интоксикации в гепатоцитах крыс наблюдается накопление больших количеств НАДН

и торможение реакций цикла трикарбоновых кислот. Отмена алкоголя после длительной алкоголизации способствует наработке ацетальдегида, который обладает мембрано-повреждающим действием, что является дополнительным фактором, влияющим на активность митохондриальных ферментов [1]. Центральный нейромедиатор -  $\gamma$ -аминомасляная кислота (ГАМК), помимо головного мозга присутствует в печени и ряде других периферических тканях. Первым ферментом катаболизма ГАМК является ГАМК-трансаминаза (ГАМК-Т), локализованная в матриксе митохондрий. Известно, что ГАМК-Т печени является неспецифическим ферментом и способна трансаминировать  $\beta$ -аланин и пищевые  $\omega$ -аминокислот [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение активности ГАМК-трансаминазы в печени крыс при моделировании алкогольного абстинентного синдрома.

Эксперименты были выполнены на белых беспородных крысах - самцах массой 180-200 г. Хроническую алкогольную интоксикацию и отмену этанола вызывали методом внутрижелудочного введения 25% раствора этанола в дозе 5 г/кг массы тела в течение 5 суток (дважды раза в сутки). Контрольным животным вводили эквивалентные количества 0,9% раствора хлорида натрия в течение 5 суток. Декапитацию крыс проводили через 3 часа, через 1 сутки, 3 и 7 суток после последней инъекции алкоголя, выделяли печень и замораживали в жидком азоте. В гомогенатах печени подопытных животных определяли активность ГАМК-Т спектрофлуориметрическим методом De Voer, Bruinvels, 1972. Содержание белка в гомогенатах печени определяли по Лоури. Достоверность различий между группами оценивали параметрическим методом с применением  $t$  критерия Стьюдента.

Через 3 часа после 5-дневного введения этанола крысам в печени было отмечено снижение активности ГАМК-Т на 21,1%. Через 1 и 3 суток после отмены этанола сохранилось снижение активности фермента на 36,3% и 40,2%, соответственно. Следовательно, хроническая алкогольная интоксикация и отмена алкоголя приводит к угнетению трансаминирования ГАМК в печени животных. Учитывая множественность функций неспецифической ГАМК-Т в ткани печени [2], можно предположить, что наблюдаемые изменения при отмене алкоголя свидетельствуют не только об угнетении катаболизма ГАМК, но и о нарушении способности печени к утилизации некоторых нутриентов. В заключение можно предположить, что наблюдаемые метаболические сдвиги являются следствием неспецифической адаптации клеток печени к интенсивной алкогольной нагрузке и ее последующей отмене. Полученные новые данные о нарушениях метаболизма ГАМК при отмене алкоголя могут быть полезны при разработке новых методов лечения алкогольных абстинентных состояний и направленной метаболической коррекции выявленных метаболических сдвигов.

#### **Литература:**

- 1 Биохимия и алкоголизм (II): Биохимические показатели при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме / И.М. Рослый [и др.] // Вопросы наркологии. – 2004. - № 3. – С.69-77.
- 2 Lau, G. Effects of acute ethanol exposure on polyamine and gamma-aminobutyric acid metabolism in the regenerating liver / G. Lau, M. Zhang, G.Y. Minuk // Alcohol. – 1999. – Vol. 19, N 3. – P. 219-227.

## САМОДИАГНОСТИКА ЖЁСТКИХ ДИСКОВ ПРИ ИХ ТЕСТИРОВАНИИ.

*Горустович О.А., Дранец Т.Л.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – И.А. Демяшкевич*

Жесткий диск - магнитный диск, в котором носителями информации являются круглые алюминиевые пластины, обе поверхности которых покрыты слоем магнитного материала. Эти пластины тесно расположены рядом с блоком считывания/записи и размещаются в герметичной коробке для защиты от пыли, влаги и грязи. Принцип работы магнитных запоминающих устройств основан на способах хранения информации с использованием магнитных свойств материалов. Но жесткие диски могут со временем портиться, следовательно, информация, находящаяся на них, может потеряться и повлечь за этим большие потери времени и денег.

S.M.A.R.T. (Self-Monitoring Analysis and Reporting Technology) – технология самотестирования, разработанная производителями жестких дисков для обеспечения более высокой степени надежности хранения информации. Суть S.M.A.R.T. технологии заключается в том, что винчестер сам аппаратно отслеживает состояние своей работоспособности и способен заранее предупредить пользователя о своем предаварийном состоянии.

Впервые предложенная корпорацией Compaq технология S.M.A.R.T. в дальнейшем была поддержана в разработках крупнейшими мировыми производителями жестких дисков - Seagate Technology, IBM, Conner Peripherals, Western Digital и Quantum.

Предложенная IBM технология предсказания надежности называется PFA (Predictive Failure Analysis). Она заключается в измерении нескольких параметров, включая высоту полета головок над поверхностью дисковых пластин, чтобы предсказать приближающийся сбой. Дисковые накопители, почувствовав ухудшение (деградацию) параметров своей работы, таких как упомянутая высота полета головок, изменяют технологические параметры, доступные для считывания и анализа программой SMART HDD, которая, в свою очередь, уведомляет пользователя о надвигающемся сбое. После получения предупреждения пользователи получают возможность предпринять действия, необходимые для обеспечения безопасности своих данных. Немногом позже корпорация Compaq сообщила о революционной разработке в области диагностики, названной IntelliSafe. Эта технология, разработанная при участии Seagate, Quantum и Conner, отслеживает множество показателей и посылает управляющей программе информацию о пороге опасности. Дисковый накопитель затем решает, насколько вероятен сбой и, в свою очередь, передает сообщение системе вместе с вызвавшим тревогу показателем и пороговым значением.

Для тестирования жестких дисков в Windows используются специальные программы, такие как SIGuardian, HDDSpeed, HD Tach, ThreadMark, Michael's Disk Benchmark. Путем анализа из рассмотренных программных продуктов было отдано предпочтение программе HDDSpeed так как данная программа выдает более точную и полную информацию о тестируемом жестком диске, HDDSpeed строит график линейной скорости чтения на разных дорожках диска. Также по графикам можно увидеть, достаточна ли пропускная способность контроллера/шины для данного жесткого диска.



**Список литературы**  
<http://www.HDD.ru/>  
<http://www.computerra.ru/>  
<http://www.nestor.minsk.by/kg/>

## **ОЦЕНКА РОЛИ ЭКСПРЕССИИ ЦИКЛИНОВ V1 И D1 В МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Гриб А.К.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
 Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины  
 Научный руководитель – д. м. н. Басинский В.А.*

Одной из наиболее важных задач онкоморфологии является поиск морфологических критериев оценки прогноза злокачественных новообразований. Устоявшаяся и хорошо зарекомендовавшая себя система оценки степени злокачественности рака предстательной железы, разработанная D.F. Gleason [1], не всегда может дать полную оценку клинического поведения опухоли, поскольку основана только на эпителиальной гистоархитектонике и не учитывает особенностей стромы, сосудов и биологических свойств опухоли.

Целью данного исследования явилась оценка метастатического потенциала рака предстательной железы на основании выраженности экспрессии циклинов V1 и D1 и особенностей микроциркуляторного русла опухоли.

Материалом исследования стали 111 наблюдений рака предстательной железы. Проведено гистологическое исследование наблюдений с определением дифференцировки опухоли по Gleason и grade. В 47 наблюдениях иммуногистохимически определен уровень экспрессии CD31 и циклинов V1 и D1. Изучены клинические данные ООД г. Гродно с оценкой характера метастазирования новообразования и продолжительности жизни больных. Статистическая обработка результатов производилась с использованием программы Statistica 6.0. С помощью корреляционного анализа (метод Spearman) установлено, что наличие отдаленных метастазов высоко достоверно положительно связано с показателями, характеризующими степень прорастания сосудов в опухолевую ткань (количество сосудов –  $r=0,47$ ;  $p=0,0009$ , суммарная площадь сосудов -  $r=0,48$ ;  $p=0,0006$ , суммарная длина окружностей сосудов  $r=0,43$ ;  $p=0,002$ ). Положительные корреляционные связи были обнаружены между наличием метастазов и экспрессией в цитоплазме эндотелиоцитов циклина V1 ( $r=0,35$ ;  $p=0,01$ ), а также уровнем циклина D1 в цитоплазме опухолевых клеток ( $r=0,29$ ;  $p=0,05$ ). Величина и достоверность коэффициента  $r$  увеличивалась при использовании скорректированного показателя экспрессии циклина D1 – разности, полученной при вычитании величины экспрессии этого циклина опухолевыми и стромальными клетками в одном и том же образце ( $r=0,35$ ;  $p=0,01$ ). Коррекция величины экспрессии циклинов V1 и D1 проводилась с целью исключения влияния неспецифических ростовых факторов по формулам:  $D1_{кор} = D1_{опухоль} - D1_{строма}$ ,  $V1_{кор} = V1_{опухоль} - V1_{строма}$  (таблица 1).

Таблица. Вероятность метастазирования в зависимости от уровня экспрессии циклинов V1 и D1.

<b>Группы</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Величина $D1_{коррект}$	1-3	1-3	1-3	4-6	4-6
Величина $V1_{коррект}$	1-2	3-4	5-6	1-2	5-6

аким  
обра  
зом,  
наиб

Количество случаев	11	8	7	6	15
Г Частота выявления отдаленных метастазов	27, 27%	12, 5%	42,86%	50,0%	60,0%
Достоверность при сравнении частот в группах	$p_{1-5}=0,05$	$p_{2-5}=0,02$ $p_{2-4}=0,08$			

ольшая вероятность метастазирования рака предстательной железы наблюдалась в группах с максимальной экспрессией циклинов B1 и D1 в цитоплазме опухолевых и эндотелиальных клеток, что может использоваться для оценки прогноза рака простаты.

#### Литература

- 1 Gleason, D.F. Histologic grading and clinical staging of prostatic carcinoma / D.F. Gleason // In: Urologic Pathology: The Prostate, M Tannenbaum, ed. Lea and Feibiger: Philadelphia. – 1977. – P. 171-178.

## КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В Г. МИНСКЕ ЗА 2004-2006 гг.

*Гриб О.К., Тарасик А.О., Савченко А.А., Августиневич А.А., Дунаев Д.И.,  
Казбанов В.В., Марукович Ю.С.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Кафедра судебной медицины*

*Научный руководитель – профессор, д.м.н. С. А. Игумнов*

Многими авторами отмечалась существенная роль психических заболеваний в суицидогенезе. Но сообщения об удельном весе психически больных среди суицидентов очень разноречивы. Разброс приводимых цифр колеблется от 3% до 65%. Существует несколько концепций, объясняющих суицидальное поведение, среди которых есть и психопатологическая, которая исходит из предположения о том, что все самоубийцы - это душевно больные люди, а все суицидальные действия - проявление острых и хронических психических расстройств. **Материалы и методы:** Сбор данных осуществлялся по материалам заключений судебно-медицинских экспертиз трупов в судебно-медицинских бюро г. Минска, а также по материалам историй болезни пациентов, состоящих на учёте в ПНД г. Минска за 2004-2006 гг. **Задачи:** изучить влияние различных факторов на суицидальное поведение у людей, страдающих психическими заболеваниями.

#### Результаты и их обсуждение.

Было исследовано 947 случаев самоубийства. Среди общего числа суицидентов 6,5% (62 человека) состояли на учёте в психоневрологическом диспансере.

Необходимо отметить, что доля женщин среди лиц, состоявших на учёте в психоневрологическом диспансере, значительно выше – 43,55%, чем среди лиц, не состоявших на учёте в ПНД. Среди психических больных женщины чаще совершали суицид в возрасте 40-49 лет, а мужчины – 50-59 лет. Количество суицидентов, не имевших высшего образования и выполнявших неквалифицированный труд, составило 73%. Около 21% лиц имели высшее образование и 6% – незаконченное высшее образование.

Суицидальные попытки чаще совершали замужние женщины. А среди мужчин наблюдалась обратная тенденция – суициды чаще совершали холостые. В данном исследовании процент суицидентов, не имевших детей, достаточно высок – 37,1%. Фактор одиночества имел место в 21% случаев. Только 21% суицидентов находились в состоянии алкогольного опьянения на момент совершения самоубийства, причем у

большинства из них концентрация алкоголя не превышала 0,6 промилле. Пик суицидальной активности приходился на весенне-летний период, а точнее, на май-июль. Используемый способ суицида – основной фактор, определяющий вероятность летального исхода попытки самоубийства. В данном исследовании структура способов суицида представлена следующим образом: повешение – 38 человек (61,3%); падение с высоты – 16 человек (25,8%); утопление – 3 человека (4,8%); падение под транспорт – 2 человека (3,2%); отравление – 1 человек (1,6%); огнестрельное ранение – 1 человек (1,6%).

В суицидологии важным прогностическим фактором считается наличие суицидальных попыток или законченных суицидов у близких родственников больных. В данном исследовании наследственность по психическим заболеваниям была отягощена у 12 человек (20%), а суицидальные попытки в роду имели только 4 человека (6,45%).

**Выводы:**

1. Среди психически больных суицидентов доля женщин выше, чем среди суицидентов не страдавших психическими заболеваниями.
2. Суицидальные попытки чаще совершали замужние женщины, а среди мужчин наблюдалась обратная тенденция.
3. Пик суицидальной активности приходился на весенне-летний период.
4. Наследственность по психическим заболеваниям была отягощена у 12 человек (20%).
5. На момент совершения самоубийства только 21% суицидентов находились в состоянии алкогольного опьянения.

## **ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА**

*Григелевич А.В., Гришкевич С.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Выборочным методом проведено исследование, целью которого явились анализ и оценка качества медицинской помощи в хирургических стационарах. Объектом исследования послужили лица, госпитализированные в хирургические стационары различных больниц РБ в 2007г. Опрос проводился по специально разработанной анонимной анкете, включающей 33 вопроса. Общее число опрошенных составило 200 человек (45,6%-женщины, 54,4%-мужчины). Большинство респондентов - лица со средним (45,1%) и с высшим образованием (34,2%). По возрасту преобладали пациенты от 20 до 49 лет – 55,0%, 50 лет и старше (40,0%) и лишь 5,0%- до 20 лет.

Отказы в госпитализации отметили 7,5% опрошенных. Причиной каждого третьего отказа было отсутствие места в стационаре. 2/3 опрошенных госпитализировано сразу, 31,2% - пришлось ожидать госпитализации; 45,3% госпитализированы через поликлинику и 41,2% - по скорой помощи. Затруднений в госпитализации не было у 92,5% больных, а у 7,5% затруднения были. Причем, чаще всего затруднения были у мужчин 40-49 лет (в 20,0% случаев) и 50 лет и старше (30,0% случаев) с высшим (27,0%) и со средним (40,0%) образованием, а также у женщин 50 лет и старше (80,0%) со средним образованием (80,0%).

Осмотр лечащим врачом проводился ежедневно в 94,6% больных и еще у 5,4%- через день. Довольны своим лечащим врачом остались 95,0% больных, 3,5% не совсем

довольны и 1,5% недовольны. Не совсем довольными остались 7 человек (3 мужчины и 4 женщины), из них женщин 30-39 лет, а также 50 лет и старше. Недовольными осталось 3 человека (2 женщины в возрасте 40 лет и один мужчина около 50 лет) - со средним образованием. 2/3 респондентов отметили несколько положительных черт у лечащего врача, еще 20,0% - внимательное отношение к больному и 16,0% - доброжелательность. Причинами недовольства стали отсутствие внимательного отношения - 33,0% и поспешность в работе 18,0%.

Заведующим отделением осмотрены 95,1% больных, причем 59,3% из них один раз в 2-3 дня. Довольными организацией консультаций другими врачами - специалистами остались 91,5% пациентов. Основными причинами неудовлетворенности явились долгое ожидание (11,2%) и консультация в отсутствие лечащего врача 11,2%. Довольными работой медсестер и санитарок осталось 90,5% и 86,0% опрошенных, соответственно. Причем, большинство отметило несколько положительных качеств (у медсестер 62,3% и санитарок 61,4%, соответственно). Недовольство вызвано недостаточным вниманием (23,4%), поспешностью в работе (19,3%), а также грубостью и нетактичностью (19,0%).

Каждый четвертый за время пребывания в стационаре приобретал по рекомендации врача лекарственные средства, из них в 88,9% случаев - в аптеке. Качество пищи не удовлетворило опрошенных (38,8%). Причины недовольства: однообразная, невкусно приготовленная пища (53,4% и 33,2% соответственно), необходимость приобретать за свой счет продукты (58,4%).

За время пребывания в стационаре мысль «отблагодарить» врача, медсестру, санитарку возникало у 48,2% опрошенных, причем, у 10,1% - довольно часто. Из лиц, которых посещала эта мысль - 49,1% мужчин и 50,9% женщин. Интересным является то, что чаще это пациенты 20-29 лет (20,5% мужчин и 21,4% женщин) и 50 лет и старше (43,4% мужчин и 40,6% женщин) с высшим (27,4%) и средним (39,5%) образованием. Мысль «отблагодарить» у 86,4% возникала по собственной инициативе.

В целом работу больницы удовлетворительно оценило 94,2% опрошенных, 4,8% считают работу не совсем удовлетворительной (женщины 30-39 лет (60,0%) и 50 лет и старше (40,0%), а мужчины - 50 лет и старше (40,0%)). Неудовлетворительной работу считают только 1% опрошенных.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии резерва к улучшению качества медицинской помощи в хирургическом стационаре.

## **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЖИТЕЛЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 гг.**

*Григелевич А.В., Гришкевич С.А., Костусева А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра неврологии*

*Научный руководитель - к.м.н., доц. Кулеш С.Д.*

Сосудистые заболевания головного мозга в значительной мере определяют среднюю продолжительность жизни и показатели смертности населения. Достоверные данные об уровнях заболеваемости в различных регионах и их динамике могут обеспечить совершенствование организационно-методического управления службой и эффективное использование имеющихся резервов.

Целью работы являлось проведение анализа заболеваемости населения Гродненской области цереброваскулярными болезнями (ЦВБ) за 2001-2005 годы.

Сведения о количестве новых случаев заболеваний ЦВБ были получены в Организационно-методическом отделе УОЗ «Гродненская областная клиническая больница» на основе ежегодных данных Отчетной формы № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных в возрасте 15 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей лечебно-профилактическую помощь». Данные о среднегодовой численности населения районов Гродненской области и г.Гродно за 2001-2005 годы были получены в областном управлении статистики.

Средний областной показатель заболеваемости ЦВБ за период 2001-2005 гг. находился в пределах 514,6-589,0 на 100 тыс. жителей с синусоидальным характером изменения значений, а также отсутствием роста заболеваемости в 2005 году по сравнению с 2001 годом. Заболеваемость ЦВБ в районах варьировала в значительно больших пределах: от 118,8 в Волковысском районе до 2770,7 в Вороновском районе (2001 г.). Динамика показателей в течение пяти лет в большинстве районов носила разнонаправленный характер, за исключением Лидского района, где отмечался устойчивый рост заболеваемости ЦВБ с 374,2 до 683,2 на 100 тыс. населения.

Показатель заболеваемости инсультом по области варьировал незначительно (250,8-262,2 на 100 тыс. жителей), при этом отмечался пиковый рост показателя в 2004 году (342,5) с последующим снижением в 2005 г. Отмечался незначительный рост числа случаев инсульта в 2005 году по сравнению с 2002 г. (на 4%). Заболеваемость инсультом в районах колебалась в значительно более широких пределах: от 50,2 в Зельвенском районе (2002 г.) до 589,9 в Ошмянском районе (2003 г.). В некоторых районах динамика показателей в течении пяти лет носила разнонаправленный характер (Вороновский, Мостовский, Дятловский, Кореличский). В Берестовицком, Волковысском, Зельвенском районах отмечался устойчивый рост заболеваемости на период 2002-2005 гг. В Ивьевском, Островецком и Слонимском районах, напротив, отмечалось снижение количества случаев инсульта в указанном периоде, причем, в Ивьевском – на 40%.

Таким образом, значительные отклонения показателей заболеваемости ЦВБ и инсультом в отдельных районах по сравнению со средними областными показателями, а также разнонаправленный характер динамики показателей в течение нескольких лет требуют совершенствования лечебно-диагностического процесса при ЦВБ. По мнению специалистов в области организации здравоохранения, существующая система статистического учета случаев обращения населения по поводу заболевания не исключает дублирования или же, наоборот, недоучета диагнозов больных, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения и госпитализированных в стационары. Для получения достоверных данных об уровне заболеваемости и ее структуре необходимо проведение эпидемиологических исследований по методу популяционного регистра.

## **ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖИТЕЛЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 гг.**

*Григелевич А.В., Гришкевич С.А., Костусева А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра неврологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Кулеш С.Д.*

Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы ставит задачу увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения страны. Цереброваскулярные болезни (ЦВБ) являются одной из ведущих причин смерти. Снижение смертности от ЦВБ требует внедрения инновационных технологий диагностики и лечения, а также четкой работы и дальнейшего совершенствования системы статистического учета заболеваемости и смертности. Целью работы было провести анализ смертности населения Гродненской области от ЦВБ в 2001-2005 гг. на основе использования данных государственной медицинской статистики.

Сведения о числе умерших от мозгового инсульта и других форм ЦВБ, а также сведения о среднегодовой численности населения районов области и г. Гродно за 2001-2005 гг. были получены в областном управлении статистики. Следует отметить, что в 2001 г. число умерших от мозгового инсульта и других вариантов ЦВБ учитывалось в одной строке соответствующих статистических форм.

Средний областной показатель смертности от ЦВБ в 2001-2005 гг. находился в пределах 192,3-213,1 на 100 000 жителей с синусоидальным характером изменения значения и незначительным ростом (на 4%) в 2005 г. по сравнению с 2001 г. Смертность от ЦВБ в отдельных районах варьировала существенно – от 89,9 в г. Гродно (2003 г.) до 632,0 в Зельвенском районе (также 2001 г.), т.е. показатели отличались в 7 раз. Динамика показателей в течение пяти лет в большинстве районов носила разнонаправленный характер, за исключением Вороновского, Новогрудского и Ивьевского районов, где отмечался устойчивый рост смертности от ЦВБ (в последнем случае – на 49,1% за 5 лет).

Смертность от мозгового инсульта в Гродненской области в 2002-2005 гг. варьировала незначительно (157,6-167,9), при этом отмечался небольшой рост данного показателя в 2005 г. по сравнению с 2002 г. (на 3,2%). В отдельных районах смертность от инсульта колебалась в широких пределах – от 80,9 в г. Гродно до 399,3 в Кореличском районе (оба показателя 2005 г., различие в 5 раз). Динамика показателей в течение четырех лет в большинстве районов носила разнонаправленный характер. В Вороновском, Гродненском, Новогрудском и Свислочском районах отмечался устойчивый рост смертности от мозгового инсульта в течение 2002-2005 гг. Только в Дятловском районе в течение указанного периода отмечалось снижение смертности, которое составило 33%. Обращают на себя внимание стабильно низкие показатели смертности от мозгового инсульта в г. Гродно, значение которых в течение 2002-2005 гг. было постоянно ниже областных показателей примерно в 2 раза. Прямое сопоставление показателей заболеваемости и смертности в отдельных районах при мозговом инсульте и ЦВБ показало, что в целом ряде случаев (23 из 162 сопоставлений) показатель смертности превышал показатель заболеваемости.

Таким образом, согласно данным государственной медицинской статистики, в 2001-2005 гг. в Гродненской области отмечался высокий уровень смертности от ЦВБ без тенденции устойчивого роста показателей. Значительные биполярные отклонения региональных уровней смертности при ЦВБ по сравнению со средними областными

показателями, выраженная разнонаправленность внутрирайонной динамики смертности в течение 5 лет, и превышение показателями смертности показателей заболеваемости (в 24% региональных сопоставлений при мозговом инсульте) требуют совершенствования лечебно-диагностического процесса и статистического учета при ЦВБ, а также ограничивают использование обычных статистических данных для анализа проблемы инсульта и других ЦВБ.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ *TRICHOMONAS VAGINALIS***

**Гришкевич А.Н.**

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии  
Научный руководитель - доц. Кулага О.К.*

В последние годы все большее количество исследований посвящается изучению морфологических и биологических свойств амастиготных (безжгутиковых) форм *T. vaginalis*, являющихся преобладающими по частоте встречаемости (более 90%).

Цель работы – изучить особенности течения беременности и родов у женщин, инфицированных *T. vaginalis*.

Проанализировано течение беременности и родов у 110 женщин на базе 2-го Минского городского клинического родильного дома за 2006-2007гг. Первую (основную) группу исследования составили 80 беременных женщин, инфицированных *T. vaginalis*. В группу контроля вошло 30 неинфицированных *T. vaginalis* беременных женщин. С целью выявления возбудителя мы использовали метод полимеразной цепной реакции.

Средний возраст исследуемых нами женщин составил 30±5 лет. Из 110 пациенток первородящими были 73 (66,3%) женщины, из них 43 (39,0%) составляли повторнородящие. Повторнородящих было 33 (30,0%). Отягощенный акушерский анамнез был выявлен у 68 (61,8%) женщин, наиболее часто встречались самопроизвольный выкидыш и неразвивающаяся беременность. Отмечен высокий процент воспалительных заболеваний половых органов, эрозии шейки матки, вакуумных аспираций и медицинских аборт. Из сопутствующих заболеваний чаще встречались хронический тонзиллит в стадии ремиссии, эндемический зоб I степени, хронический пиелонефрит вне обострения. Следует отметить, что, в большинстве случаев трихомонадная инфекция протекала в латентной форме, без выраженных клинических проявлений. Наиболее частым осложнением беременности была угроза её прерывания: в основной группе частота встречаемости – 51 (63,7%), в группе контроля - 11 (36,6%). Хроническая фетоплацентарная недостаточность установлена у 46 (57,5%) женщин из 1-й группы и у 9 (30,0%) женщин из 2-й. Хроническая гипоксия плода выявлена у 36 (45,0%) и 7 (23,3%) женщин первой и второй групп, соответственно. Гестоз наблюдался у 16 (20%) женщин, страдающих трихомонозом и у 7 (23,3%) - без инфекции. Преждевременные роды наблюдались у 15 (18,7%) женщин первой группы. Аномалии родовой деятельности были отмечены у 18 (22,5%) пациенток основной группы. Операция кесарево сечение выполнена у 17 (21,2%) инфицированных *T. vaginalis* беременных женщин, из них у 9 (11,2%) операция была выполнена в экстренном порядке в связи с прогрессирующей гипоксией плода.

Проведенное исследование свидетельствует о том, что трихомонадная инфекция неблагоприятно воздействует на течение гестационного процесса и родов, способствует

формированию фетоплацентарной недостаточности и, как следствие, приводит к хронической гипоксии плода.

## **УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

*Гришкевич С.А., Григелевич А.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Нами был проведен опрос больных терапевтического стационара с целью оценки качества медицинской помощи. Объектами исследования были лица, поступившие в терапевтические стационары больниц РБ. Опрос проводился по специально разработанной анонимной анкете, состоящей из 33 вопросов. Общее количество опрошенных 230 человек, в том числе 52,2% мужчин и 47,8% женщин. Средний возраст респондентов: 19-49 лет – 51,3%, 50 лет и старше – 47,0% и 1,7% лица до 18 лет. По образованию: среднее образование имели 60,0%, высшее – 36,5%, базовое – 3,5%.

С отказами в госпитализации сталкивались 8,3% опрошенных. В основном это лица пожилого возраста (53,2%). Основная причина отказа: нет мест (42,0%). Основной способ госпитализации через поликлинику (58,3%), обратились сами (10,1%), затем по скорой медицинской помощи (27,4%) в основном мужчины со средним образованием (61,1%).

Осмотр лечащим врачом проводился ежедневно у 94,0%. Большинство опрошенных (91,8%) были довольны своим лечащим врачом. Основные достоинства: сочетание нескольких положительных качеств отметили 66,5% пациентов, внимательное отношение – 19,6%. Недовольство высказало 19 человек (8,3%), в основном лица со средним образованием (84,1%), среди мужчин - пожилые люди (36,8%), среди женщин - лица молодого и среднего возраста (31,6%). Основные недостатки: излишняя поспешность в работе (42,3%), недостаточно внимания к больным (31,6%).

Работой медсестер и санитарок остались довольны 91,2% и 89,3% опрошенных, соответственно. Основными достоинствами назывались сочетание нескольких положительных качеств (65,3%), доброжелательность (26,4%). Недовольны работой медсестер остались 9,0%, санитарок – 11,2%. Основные причины неудовлетворенности: недостаточное внимание к больным (45,3%), частое отсутствие палатной медсестры на посту (35,2%), грубость, нетактичность (16,2%) (2/3 - санитарки, 1/3 - медсестры). Недовольство высказывали в основном женщины со средним образованием (60,4%) и среднего возраста (45,1%).

Лекарство за свой счет приходилось приобретать 43,2% пациентов, в основном в аптеке (85,3%).

Недовольство качеством пищи высказали 41,0% опрошенных. Причины: невкусно приготовлена (59,6%), необходимость приобретать дополнительно продукты питания за свой счет (38,4%). В основном лица со средним образованием (60,4%), мужчины и женщины одинаково часто (по 50,0%).

Мысль отблагодарить врача, медсестру, санитарку возникла у 51,5% опрошенных, в основном по инициативе самого больного (83,2%) либо родственников (12,7%); чаще у мужчин, чем у женщин (58,9% и 41,1% соответственно). В основном лица со средним образованием (62,2%), среднего и пожилого возраста (33,4% и 22,5% соответственно).



В целом работу стационара оценили положительно 88,0% пациентов, не очень удовлетворительную и неудовлетворительную оценку дало 12,0% опрошенных (7% мужчин и 5% женщин), в основном лица со средним образованием (58,1%). Причины отрицательной оценки: отсутствие необходимых медикаментов (48,2%); ранний подъем (18,1%); недобросовестное отношение медперсонала к своим обязанностям (22,4%); отсутствие места отдыха (14,5%); отсутствие банных дней (11,2%).

Для улучшения работы стационара и качества оказания медицинской помощи внесены следующие предложения: обеспечить в достаточном количестве больницу необходимыми медикаментами и оборудованием (48,2%); улучшить качество приготовления пищи (42,3%); улучшить санитарно-гигиенические условия (17,3%); повысить внимание медперсонала к больным (18,1%).

Таким образом, исходя из полученных данных, необходимо проведение ряда мероприятий для улучшения качества медицинской помощи в терапевтическом стационаре, учитывая пожелания и жалобы опрошенных.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОГЕПАТИТОВ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С НИЗКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРОЦЕССА**

*Гришко А.Н., Яблуковский А.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель: доцент, к.м.н. Васильев А.В.*

Согласно данным литературы, частота выявления только неалкогольного стеатогепатита (по данным гистологического исследования печени) в странах Западной Европы и США составляет 7-9%. В настоящее время выдвинуто предположение, что в 60-80% случаев циррозы неустановленной этиологии формируются на фоне нераспознанного неалкогольного стеатогепатита.

**Целью исследования** стало сравнение клинико-лабораторных показателей больных стеатогепатитами и хроническими вирусными гепатитами с низкой активностью процесса.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования стали данные отобранных по случайному признаку историй болезни 42 больных, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице. Все больные разделены на 2 группы. Первая группа (21 больной) представлена пациентами со стеатогепатитами (старое название «гепатозогепатит»), вторая – (21 больной) пациентами с хроническими гепатитами В и С с низкой активностью процесса. Диагностика, обследование и лечение больных осуществлялось согласно существовавшим в клинике стандартам. Данные историй болезни подвергнуты статистическому анализу.

**Полученные результаты.** В ходе исследования установлено, что группы оказались практически равными по возрасту ( $43,1 \pm 2,1$  лет и  $43,0 \pm 2,4$  лет в группах, соответственно). Отмечено преобладание в обеих группах мужчин ( $72,7 \pm 9,7\%$  и  $76,1 \pm 9,5\%$  в группах, соответственно). Сравнение по наличию у больных сопутствующей патологии позволило выявить более часто встречающуюся ( $p < 0,01$ ) кардиопатологию у больных 1 группы, чем 2 группы ( $86,4 \pm 7,5\%$  и  $42,9 \pm 11,1\%$  в группах, соответственно). Частота артериальной гипертензии в группах отличалась ( $81,8 \pm 8,4\%$  и  $42,9 \pm 11,1\%$ , соответственно ( $p < 0,01$ )). Анализ предъявляемых больными жалоб показал, что больные стеатогепатитом чаще ( $p < 0,07$ ) жаловались на кровоточивость ( $18,2 \pm 8,4\%$  и  $4,8 \pm 4,8\%$ , в группах, соответственно), на головную боль

(22,7±9,1% и 4,8±4,8% соответственно ( $p<0,05$ )), но реже жаловались на отсутствие аппетита (18,2±8,4% и 52,4±11,1%, соответственно ( $p<0,05$ )). В анамнезе отмечалось различие в применении липотропных средств в лечении (27,3±9,7% и 4,8±4,8%, соответственно ( $p<0,05$ )). При объективном исследовании установлено, что вес больных 1 группы был выше, чем у больных 2 группы (88,9±3,6 кг и 78,0±2,4 кг соответственно ( $p<0,05$ )). При сравнении лабораторных показателей установлено, что если при поступлении показатели тромбоцитов при стеатогепатите были ниже ( $195,4\pm 25,1 \times 10^9/\text{л}$  и  $263,3\pm 21,5 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно), то при выписке соотношение менялось в противоположную сторону ( $282,4\pm 29,3 \times 10^9/\text{л}$  и  $180,4\pm 11,8 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно ( $p<0,05$ )). При поступлении в первой группе больных показатель лейкоцитов был выше ( $6,3\pm 0,4 \times 10^9/\text{л}$  и  $5,2\pm 0,3 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно ( $p<0,05$ )). Если ЛИИ при поступлении в группах практически не отличался, то при выписке во 2 группе этот показатель был выше ( $0,45\pm 0,07$  и  $1,15\pm 0,32$ , соответственно ( $p<0,05$ )). Интересен факт более частого выявления атипичных лимфоцитов в 1 группе больных.

**Выводы:** Дифференциальная диагностика между стеатогепатитом и хроническими вирусными гепатитами проблематична по клинико-анамнестическим данным и данным рутинного биохимического исследования, поскольку из 212 сравниваемых параметров достоверные различия выявлены только по признакам, которые могут быть связаны с наличием сопутствующей артериальной гипертензии.

## К 170-ЛЕТИЮ ПЕРВОГО В МИРЕ ЗАКОНА ПО ПСИХИАТРИИ

*Грунтова А.И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Кафедра медицинской психологии и психотерапии*

*Научные руководители – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;*

*к.м.н., доцент Карпюк В.А.*

Филипп Пинель (1745–1826), с этим именем связана целая эпоха в истории психиатрии. Эпоха, в которую началась борьба с невежеством и жестокостью, применяемыми к душевно-больным людям. Ф. Пинель, будучи назначенным врачом в Бисетре, предлагает ряд нововведений, относящихся к содержанию и лечению душевно-больных. Реформы Ф. Пинеля направлены на переход от карательных методов в психиатрии к щадящим. Благодаря Ф. Пинелю, был уничтожен тюремный режим, без света, воздуха и человеческого слова, который ранее применялся. С больных были сняты оковы и цепи. Меры успокоения и усмирения приняли более мягкие формы. Уничтожена варварская обстановка домов для умалишённых. Ф. Пинель изменяет и методы лечения. Центральными идеями лечебной системы Ф. Пинеля являются изоляция, покой и мягкое обращение, индивидуальный физический труд. Ф. Пинель считал, что методами исследования психиатрии должны быть тщательное наблюдение больных, изучение причин заболевания.

Дело, начатое Ф. Пинелем, далеко ещё не было закончено: многое оставалось довершить, особенно в провинциальных учреждениях, которых почти не коснулась волна столичных реформ. Далее дело Ф. Пинеля стал продолжать его ученик Ж. Эскироль (1772–1840). Он пытается распространить на всю Францию практические достижения, которыми могли похвастаться главнейшие больницы Парижа. Ж. Эскироль объезжает больницы провинциальных городов. Впечатления его были безотрадны. Больные подвергались обращению, худшему, чем преступники. Находились в обстановке, достойной зверей. В связи с чем создается особая комиссия, которая постановляет разработать инструкции «извлечь душевно-больных из тюрем и

исправительных домов». Отпускаются средства на сооружение специальных больниц. Ж. Эскироль вступил в борьбу с укоренившимся мнением, будто все психозы неизлечимы, а значит, визитации душевно-больных - это лишняя трата времени и энергии. Благодаря Ж. Эскиролю, введены обходы и запись историй болезни. Сподвижник Ф. Пинеля выдвигает идею о создании колоний для душевно-больных. Ж. Эскироль посещает больницы для психических больных в разных странах, где также находит сохраняющиеся недостатки в организации их работы. В связи с чем считает, что необходимо разработать закон, регулирующий обеспечение психиатрической помощи. В 1825г. Ж. Эскироль покидает Сальпетриер и переходит в Шарантон. Здесь под его руководством начинаются подготовительные работы к созданию первого в мире законодательного акта, охраняющего права и интересы душевно-больных. Это был «закон 30 июня 1838г.», установивший важный принцип медицинского свидетельства, – документа, без которого ни один больной не может быть лишён свободы.

## **ПЕРВЫЙ ОРИГИНАЛЬНЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ТРУД ПО ПСИХИАТРИИ**

*Грунтова А.И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Кафедра медицинской психологии и психотерапии  
Научные руководители – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;  
к.м.н., доцент Карпюк В.А.*

Павел Петрович Малиновский (родился 1818г. – год смерти неизвестен) – отечественный психиатр. В 1840г. окончил Московскую медико-хирургическую академию, до 1843г. работал в московской Преображенской психиатрической больнице, а затем до 1848г. заведовал психиатрическим отделением Обуховской больницы в Петербурге. Так как сведения о биографии П.П. Малиновского немногочисленны, то гипотетически можно предположить, что его фамильные корни находились в Беларуси. В 1847г. П.П. Малиновский издал первый оригинальный труд по психиатрии – «Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике».

Книга написана на основании как собственных клинических наблюдений, так и изучения работ иностранных психиатров. Его материалистическое мировоззрение и разделяемые им идеи нервизма отразились на всём руководстве.

П.П. Малиновский даёт такое определение помешательству: «Помешательство есть нервная болезнь, в которой отправление мозга изменяется так, что при кажущемся телесном здоровье душевные способности долгое время проявляются неправильно». Проявления помешательства П.П.Малиновский делит на четыре главных вида (мономания, мания, деменция, идиотизм), которые могут переходить один в другой. Причины помешательства он делит на общие и особенные. Одной из главных причин помешательства называет социальные условия. Основой психического заболевания, по П.П. Малиновскому, является нарушение деятельности головного мозга, первичное или вызванное расстройством других органов и систем.

В труде подвергнут критике симптомологический принцип классификации психозов. В своей книге П.П.Малиновский раскрывает исходы помешательства. Он считал, что, производя исследования, нельзя увлекаться никакой теорией. «Самое простое, но верное изложение фактов в таком виде, как представляет нам природа, принесёт науке гораздо больше, чем самая остроумная теория», – пишет П.П.Малиновский.

Большой раздел книги отведён лечению, которое он подразделяет на гигиеническое, имеющее в виду помощь организму в его борьбе с заболеванием, психотерапию и медикаментозное. Закljučая главу о лечении, П.П.Малиновский говорит: «Мы бы подвинулись гораздо дальше, если бы не увлекались теориями о болезнях души, а больше внимания обращали бы на тело. Оно трудно. Но времена Парацельса прошли. Не пора ли нам оставить таинственные и высокие названия; не пришло ли время сказать: мы этого не знали, но постараемся узнать!». От врача-психиатра он требует, чтобы тот обладал большим опытом и тактом.

Таким образом, П.П.Малиновский в своём труде описал психологические, физиологические и общесоматические признаки «помешательства», выделил причины течения и исходы помешательства, определил изменения интеллекта, воли, эмоциональной сферы при психических расстройствах.

## **ВЛИЯНИЕ ДЕЛИРИОЗНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА**

*Гурина И.В., Данилик В.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель проф. Климович И.И.*

Острый панкреатит занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и холециститу, он составляет 0,47% от всех соматических заболеваний и 12% - среди всех острых заболеваний органов брюшной полости, а деструктивные формы острого панкреатита встречаются у 30 – 60% пациентов. Особенно тяжелые формы острого панкреатита отмечаются у пожилых больных с выраженным атеросклерозом и сахарным диабетом, у молодых больных – при злоупотреблении алкоголем. Последнее часто является основным этиопатогенетическим фактором развития панкреатита, что часто наблюдается у лиц мужского пола трудоспособного возраста.

Цель - изучить влияние делириозного синдрома при остром панкреатите на исход лечения.

Материал и методы. Нами проведен анализ историй болезни больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2002 – 2007гг. За данный период с диагнозом острый панкреатит проанализированы 839 историй болезни больных острым панкреатитом. Мужчин –689(82,12%), женщин – 150 (17,88%), возраст больных колебался от 17 до 92 лет. Из всех больных деструктивные формы острого панкреатита наблюдались у 151 (18,0%) больных, из них 57 (37,7%) пациентов оперированы. Делириозный синдром развился у 63 больных, что составляет (7,5%) от общего количества больных острым панкреатитом и (41,7%) от общего количества больных острым деструктивным панкреатитом. Как следствие тяжёлого деструктивного панкреатита, делириозный синдром развился у 15 (26,3%) оперированных больных. Средний возраст этих больных составил 44,3 года. Алкогольный делирий наблюдался у 26 (3,1%) больных, причём, необходимо подчеркнуть, что он чаще наблюдался при отёчной форме панкреатита и при значительно более лёгких формах острого деструктивного панкреатита. Делириозный синдром в большинстве случаев возникал на 2-5 сутки от начала заболевания. В анамнезе этих больных имеются указания на злоупотребление алкоголем, у 13 из них алкогольный делирий наблюдался и ранее. Делирий смешанного генеза был у 22 (34,9%) больных острым панкреатитом.

Лечение острого панкреатита, осложнившегося делириозным синдромом – весьма сложная и трудоёмкая задача. Такие пациенты лечатся в реанимационном

отделении с участием хирурга, реанатолога, психиатра. Острый панкреатит у больных хроническим алкоголизмом, т.е. при уже имеющихся поражениях печени и ЦНС и осложнившийся развитием алкогольного делирия, протекает с выраженным эндотоксикозом, что значительно утяжеляет состояние пациента. При этом необходимо чётко знать патогенез клинико-метаболических нарушений всех видов обмена веществ в их взаимосвязи, помнить не только о восстановлении углеводного и липидного обмена, но также проводить коррекцию кислотно-основного состояния, гидроионного баланса и особенно важно скорректировать и поддерживать стабильность аминокислотного обмена, поскольку имеющийся дисбаланс аминокислот сказывается на синтезе инсулина и панкреатических ферментов, снижается иммунитет, развиваются неврологические расстройства. В лечении этих больных широко используется введение прессорных аминов (дофамин) при развитии у этих больных ферментативного перитонита и шока.

Проведённый нами анализ показал, что делириозный синдром, как правило, развивается у больных острым деструктивным панкреатитом, часто носит смешанный характер, а у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, может быть обусловлен не только отменой приема алкоголя, но и скрыто протекающим даже отёчной формой панкреатитом, что необходимо учитывать как при диагностике, так и проведении лечения, чтобы то и другое были своевременны. Делириозный синдром всегда отягощает лечение панкреатита.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ЯВИВШАЯСЯ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА**

*Гурский С.С., Заруба А.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Изучение уровня и состава госпитализированных больных позволяет получить дополнительную информацию, характеризующую заболеваемость военнослужащих, в частности, хирургической патологией. Одновременно эти данные служат источником о качестве медицинского обслуживания и исходной позицией формирования оптимальных вариантов организации медицинской помощи военнослужащим.

В связи с этим, сплошным методом были изучены состав, причины, показания, количество проведенных дней в стационаре и исход заболевания во время госпитализации военнослужащих в хирургическое отделение войсковой части за период июль-декабрь 2004г.

Всего изучению было подвергнуто сплошным методом 613 случаев госпитализации военнослужащих.

Контингент госпитализированных на 2/3 (66,1%) составили выходцы из села, остальные – горожане – 19-20 лет (33,9%). Среди госпитализированных преобладала возрастная группа (54,9%); значительный удельный вес составили военнослужащие 21-25 лет (21,7%); 17-18 лет (8,2%); других возрастных групп (15,2%).

Прослеживается неравномерность поступления больных в хирургическое отделение по месяцам года. Наиболее интенсивный поток пациентов в стационар регистрируется летом (ежемесячно 18,5%), затем – в осенние месяцы (17,9%), а реже – в зимние – 9,3%.

В ходе исследования было выявлено, что подавляющее большинство (98,2%) были госпитализированы по причине данного заболевания в этом году впервые и лишь 1,8% -повторно.

Наиболее частой причиной госпитализации военнослужащих в хирургическое отделение являются инфекции кожи и подкожной клетчатки, на долю которых приходится 57,3% всех случаев и 55,9% дней госпитализации. Данная группа заболеваний представлена (по убывающей) фурункулами (39,6%), панарициями (30,2%), флегмонами (19,3%), абсцессами (8,0%) и карбункулами (2,9%). Причем, у военнослужащих, проживавших до призыва в армию в городах, эта патология регистрируется в 1,9 раза чаще ( $P < 0,05$ ), чем у их сверстников из сельской местности.

Остальная патология, явившаяся причиной госпитализации, связана с несчастными случаями – 20,3% (переломы костей, ушибы, варикоцеле (5,7%), аппендицитом (4,1%), болезнями уха и пазух (6,8%), почечной недостаточностью (3,2%) и др.).

Средний срок пребывания в хирургическом отделении составил  $13,1 \pm 0,2$  дня и колебался в широких пределах от  $7,8 \pm 0,5$  дня при почечной колике до  $19,1 \pm 0,3$  дня при переломах костей.

Критерием, характеризующим качество лечения, может служить исход госпитализации. Результаты исследования показали, что в большинстве случаев (96,2%) исходы лечения носили позитивный характер (выздоровление - 77,3%), улучшение - (18,9%) и лишь в 2,2% случаев состояние здоровья при выписке из стационара оценивалось «без перемен», а также 1,6% госпитализированных были выписаны за нарушение режима.

Таким образом, проанализировав заболеваемость военнослужащих хирургической патологией, необходимо отметить, что наиболее важным и приоритетным направлением в организации медицинской помощи военнослужащим является профилактика, своевременное выявление и лечение гнойных воспалительных заболеваний.

## **ПОПЫТКА РАНЖИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ**

*Давидович И.А., Куратчик А.Т., Шелесный И.В., Киселевская Т.А.,  
Табала М.П.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – к.м.н., профессор Кажина М.В.*

**Актуальность.** На сегодняшний день недержание мочи у женщин является одним из самых распространённых урогинекологических заболеваний. В 1979 году Bates и соавт. дали определение недержанию мочи как непроизвольной потере мочи, которая объективно демонстрируется и вызывает социальные и гигиенические проблемы. Этиология недержания мочи (в том числе, стрессового недержания мочи) до сегодняшнего дня остается не совсем ясной. Распространенность недержания мочи оценивается от 11% до 72% взрослых женщин. Недержание мочи оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни больных.

**Цель:** ранжирование опрошенных женщин по признаку степени тяжести симптома недержания мочи в зависимости от уровня физической нагрузки, при которой он начинает проявляться.

**Материал и методы:** анкетирование 156 женщин в перименопаузе (50-82 года), обращавшихся за терапевтической помощью в поликлиники г. Гродно и находившихся

на стационарном лечении в ЛПУ г. Гродно. Основные результаты представлены в таблице.

Симптом недержания мочи при:	смехе, кашле	+ физ. нагрузка	+ смена полож.	+ горизонт. положение	> чем 3 вида физ. нагрузки	Не проявляется
Группа	I	IIa	IIb	IIc	III	
Всего: 156	54	22	5	3	6	66
мочеиспускание > 6 раз в день	33,3%	72,7%	0%	100%	85,7%	18,2%
мочеиспускание > 6 раз за ночь	48,1%	68,2%	60%	100%	85,7%	21,2%
внезапный позыв на мочеиспускание	33,3%	77,3%	100%	100%	85,7%	21,7%
позыв на мочеиспускание при звуке воды	40,7%	41%	60%	100%	42,8%	18,2%
не могут остановить волевым усилием начавшееся недержание	40,7%	72,7%	80%	66%	71,4%	100%
пользование прокладками	40,7%	59%	80%	33%	71,4%	
обращаемость	3,7%	18%	100%	100%	28,6%	
гин. операции – в анамнезе	26%	13%	100%	33%	28,6%	18%
Наследственность	35,2%	54%	40%	100%	28,6%	21,2%

**Выводы.** На данном этапе такое деление позволяет охарактеризовать состояние проблемы с учетом частоты встречаемости разных степеней тяжести симптома недержания мочи и разделить женщин, имеющих эту проблему, на условные группы. В дальнейшем такое деление позволит сопоставить созданные группы с частотой встречаемости различных сопутствующих патологий, особенностей физиологических состояний и образа жизни женщин, что позволит выявить первостепенные, второстепенные и другие факторы, а также силу их воздействия на развитие симптома недержания мочи.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ

*Демидович Л.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – ассистент, к.м.н. Хоха Р.Н.*

Аллергией страдает каждый пятый житель нашей планеты. Несвоевременная и неадекватная терапия заболеваний, связанных с аллергией, приводит к прогрессированию болезни, ухудшению качества жизни этой категории больных. Особое место в лечении этой патологии занимает специфическая иммунотерапия.

Нами изучалась эффективность специфической иммунотерапии у детей с поллинозом в возрасте от 5 до 15 лет, получавших лечение в отделении аллергологии УЗ «ГОДКБ» в 2006-2008гг.

Распределение больных по давности заболевания: до 1 года – 32% (16 детей), 1-3 года – 68% (34 ребёнка).

Изучены истории болезни 15 детей и проведено анкетирование 35 детей, из них мальчиков 30 (60%), девочек 20 (40%).

Все дети прошли обследование: общий анализ крови, кожные пробы с набором пыльцевых аллергенов. Учитывали сезон клинических проявлений болезни, спектр сенсибилизации по результатам обследования и стандартные противопоказания для проведения специфической иммунотерапии.

По данным аллергологического обследования наиболее часто отмечалась сенсибилизация к следующим пыльцевым аллергенам: овсяница, райграс, ежа сборная, тимopheевка, рожь, мятлик, полевица, лисохвост. Лечение проводили в период ремиссии по ускоренной схеме [1, 2] в течение 16 дней.

Оценка эффективности иммунотерапии проводилась на основании следующих критериев:

- а) подсчёта общей дозы аллергена, который пациент получил за весь курс лечения;
- б) оценки клинических проявлений поллиноза в период пыления причинно-значимых аллергенов.

На основании проведённых обследований были сделаны следующие выводы:

1. Отличный эффект иммунотерапии получен у 15% больных.
2. Хороший эффект был у 40% детей. У этих больных в период цветения растений отмечались незначительные проявления аллергии: заложенность носа, затруднённое дыхание, зуд и отёк век, слезотечение. Эти симптомы быстро купировались дополнительным приёмом антигистаминных препаратов.
3. Удовлетворительный эффект отмечен у 37% больных.
4. Без эффекта иммунотерапия оказалась у 8% больных.

#### **Литература:**

1. Жерносек В.Ф. Аллергические заболевания у детей: Руководство для врачей. - Мн: Новое знание, 2003.-335с.
2. Маслова Л.В. Специфическая иммунотерапия аллергических заболеваний: Учебно-методическое пособие. – Минск: БелМАПО, 2006, - 39с.

## **ДЕМОНСТРАЦИЯ ЭФФЕКТА ДОПЛЕРА В АКУСТИКЕ ПРИ МАЛЫХ СКОРОСТЯХ ДВИЖЕНИЯ**

*Дервис А. И., Воробьева Д. О.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

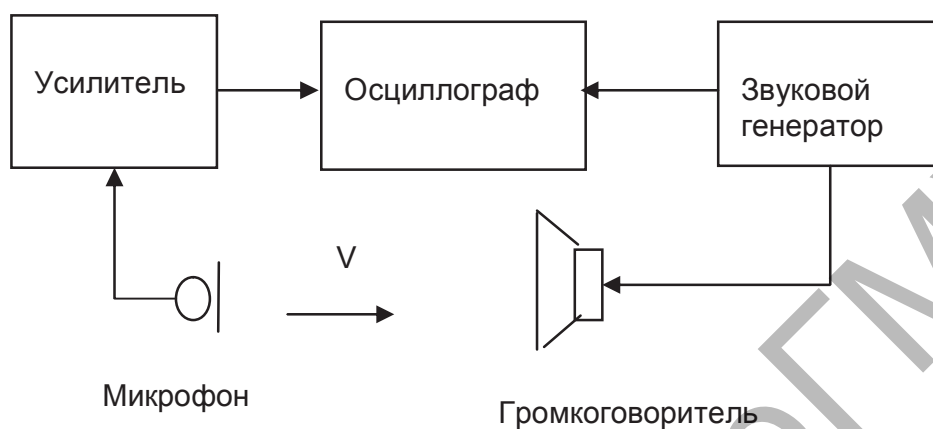
*Научный руководитель – ст. препод. Лукашик Е. Я.*

Известные демонстрации эффекта Доплера имеют тот существенный недостаток, что для их успешного проведения требуется со значительной скоростью перемещать источник или приемник звука. Например, при распространении звука в воздухе частотой 10000 Гц от источника и скорости движения  $V$  приемника звука 0,1 м/с, частота сигнала с выхода приемника 10003 Гц, т.е. разностная частота равна всего 3 Гц.

Для непосредственного измерения такого малого изменения частоты при эффекте Доплера можно было бы применить осциллографические методы эллиптической развертки или же методы прецизионных фазометров. Однако при этом в каждом случае было бы необходимо изготовить более или менее сложную аппаратуру.



Предлагается способ демонстрации, для проведения которой не требуются сложные приборы, а измерение разности частот выполняется простым и наглядным способом с хорошей точностью. На рис.1 представлена блок-схема демонстрации. Громкоговоритель и микрофон (источник и приемник звука) могут перемещаться относительно друг друга.



Осциллограф работает в обычном режиме непрерывной развертки, но переключается на внешнюю синхронизацию. Со звукового генератора напряжение низкой частоты подается параллельно на громкоговоритель и клеммы внешней синхронизации. На вертикальный вход  $Y$  осциллографа подается усиленный сигнал от микрофона. Устанавливают громкоговоритель и микрофон неподвижно и добиваются устойчивого изображения, регулируя уровень синхросигнала в осциллографе. Если теперь сближать громкоговоритель с микрофоном, то частота сигнала с микрофона несколько увеличится или, что то же самое, фаза приходящего сигнала будет непрерывно и монотонно меняться, что визуально регистрируется как передвижение влево изображения на экране осциллографа. При удалении громкоговорителя изображение будет двигаться в обратную сторону, вправо. Очевидно, что изображение на экране передвинется ровно на длину синусоиды, когда громкоговоритель пройдет расстояние (по направлению к микрофону), равное длине волны излучаемой частоты. Разность частот за счет эффекта Доплера будет численно равна числу синусоид, пробежавших относительно точки, неподвижной на экране, за 1 с.

Опыт позволяет качественно наблюдать эффект Доплера при небольших скоростях ( $V > 0,01$  м/с) движения источника или приемника звука.

## КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*Дешко Е.С., Жвалевская Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Белуга В.Б.*

Слабость родовой деятельности приводит к неблагоприятным исходам для матери, плода и новорожденного. Частота этой патологии, по данным различных авторов, составляет 22 – 24 % общего числа родов, а к оперативному родоразрешению при этом прибегают в 27 % случаев.

Нами проведен клинический анализ течения родов у 55 рожениц с упорной слабостью родовых сил, которые завершились операцией кесарево сечение.

Цель исследования – изучение возможных причин стойкой слабости родовой деятельности, не поддающейся медикаментозной коррекции, что явилось показанием к родоразрешению оперативным путем. В ходе проведенного анализа историй родов в ГКБ БСМП за 2006 – 2007 гг. получены следующие результаты: возраст обследованных рожениц: до 18 лет – 2%, 19 – 27 лет – 80%, 28 – 40 лет – 18%; в целом первородящие составили 82%, повторнородящие – 18%. У 72% обследованных женщин в анамнезе имеются гинекологические заболевания (эрозия шейки матки, хронический аднексит, кандиломатоз вульвы, носительство ВПГ, ЦМВ, хламидиоз, токсоплазмоз, кандидоз).

У 87% беременных отмечены экстрагенитальные заболевания, среди которых имеют место: сердечно-сосудистая патология (АРХ левого желудочка, ПМК) у 24%; болезни почек (хр. пиелонефрит, гидронефроз, нефроптоз I,II ст.) – 31%; патология зрения (миопия слабой и средней степени) – 22%, щитовидной железы – 11%; НЦД у 18% рожениц.

Исход предыдущих беременностей: роды – 7%, мед. аборт – 16%, самопроизвольные выкидыши – 16%, бесплодие в анамнезе (более 5 лет) – 4%.

Показания для родовозбуждения: доношенная и переношенная беременность, неготовность родовых путей, внутриутробная гипоксия плода, гестозы, ФПН. У всех наблюдаемых рожениц со слабостью родовой деятельности осуществляли родовозбуждение: энзапротом F2a (58%), простином E2 (25%), амниотомией (36%), пропедил-гелем (7%), катетером Фаллея (2%), ламинариями (2%). Сочетание нескольких из них встречалось в 11 случаях (энзапрот+пропедил-гель – 5%, амниотомия+простин+энзапрот – 5%, амниотомия+простин – 2%, амниотомия+энзапрот – 2%). После родовозбуждения, из-за развившейся слабости родовой деятельности, проводилась родостимуляция окситоцином, но ни в одном из случаев желаемый результат не был достигнут. В связи с ухудшением состояния плода (патологическая КТГ) и невозможностью быстрого родоразрешения через естественные родовые пути, было принято решение закончить роды путем кесарева сечения, основными показаниями к которому были следующие: первичная и вторичная слабость родовой деятельности, начавшаяся асфиксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод и длительный безводный период, отсутствие динамики со стороны родовых путей при наличии регулярных схваток достаточной силы, а также полное отсутствие родовой деятельности.

Таким образом, в результате клинического анализа беременности и родов установлено, что слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции, чаще встречается у возрастных первородящих и у женщин, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, самопроизвольные и искусственные аборт. Нарушение сократительной деятельности матки нередко сочетается с преждевременным излитием околоплодных вод.

Дальнейшие исследования позволят получить ответы на ряд возникших вопросов и оптимизировать тактику ведения беременности и родов у женщин из группы повышенного риска по слабости родовой деятельности в сравнении с женщинами, которые родоразрешались *per vias naturales*.

# РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Дешко М.С., Пелеса Е.С., Шнак Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Снежницкий В.А.*

Артериальная гипертензия (АГ) является мультифакторной патологией, истоки которой в ряде случаев формируются уже в юном возрасте [1]. В патогенезе АГ известная роль отводится нарушению NO-синтетазной функции эндотелия. Информативным исследованием в оценке последней является реовазография (РВГ) сосудов верхних конечностей с окклюзионной пробой [2]. Кроме того, существенную дополнительную информацию о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы и колебаниях в ее вегетативном обеспечении может дать определение variability сердечного ритма (BCP) [3].

Целью настоящего исследования было изучение параметров РВГ, характеризующих вазомоторную функцию эндотелия, и BCP у лиц молодого возраста с АГ и поиск коррелятивных связей между ними.

Для решения поставленной цели обследовано с использованием вышеупомянутых методик 23 человека (12 мужчин, 11 женщин, возраст  $22 \pm 2$  года). Группа I включила 11 здоровых лиц, группа II - 12 нелеченных больных АГ I и II ст. Среди показателей РВГ акцентировали внимание на вызванном реактивной гиперемией относительном изменении максимальной скорости кровенаполнения через 1 мин. после декомпрессии ( $\Delta dZ/dT_1$ ) как наиболее информативной характеристике функции эндотелия [2]. BCP оценивали на основании показателей спектрального (TP, VLF, LF, HF, %LF, %HF, LF/HF) и временного (RRmin, RRmax, RRNN, SDNN, RMSSD, pNN50, CV) анализа при фоновой записи. Анализ осуществляли посредством методов непараметрической статистики (ранговая корреляция по Спирмену, U критерий Манна-Уитни).

Полученные результаты свидетельствовали о некотором нарушении эндотелий-зависимой вазодилатации у больных 2-й группы, хотя данные изменения не были значимыми. Параметры BCP в целом соответствовали нормальным значениям, однако имелись указания на снижение variability (RRNN, SDNN, RMSSD незначимо ниже) и более высокую активность симпатических влияний (%VLF, %LF и LF/HF значимо выше, а pNN50 и %HF ниже) у пациентов 2-й группы.

Во 2-й группе выявлены значимые корреляции между  $\Delta dZ/dT_1$  и: RMSSD ( $R=0,82$ ), SDNN ( $R=0,3$ ), pNN50 ( $R=0,38$ ), %HF ( $R=0,74$ ), %LF ( $R=-0,51$ ), LF/HF ( $R=-0,44$ ). Также найдена положительная связь между женским полом и скоростной характеристикой кровенаполнения ( $R=0,72$ ). В 1-й группе значимых корреляций не обнаружено.

Итак, вышеизложенное может свидетельствовать об эндотелиальной дисфункции при преобладании симпатического тонуса в регуляции работы сердца у больных с мягкой АГ, причем изменения вероятно в большей степени выражены у лиц мужского пола, что следует принимать во внимание при проведении профилактики и выборе тактики лечения.

### **Литература:**

1. Александров А.А., Розанов В.Б. Эпидемиология и профилактика повышенного артериального давления у детей и подростков // Российский педиатрический журнал. – 1998. - № 2. – С. 16-20.
2. Шанцило Э.Ч., Полонецкий О.Л. Импедансная технология исследования вазомоторной функции эндотелия // Труды молодых ученых: Сб. науч. работ: Материалы респ. науч. - практ. конф. «Актуальные проблемы медицины». – Минск, 2005. - С. 334-337.
3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем // Вестник аритмологии. – 2001. - № 24. – С. 66-85.

## **ТИПЫ РЕАКЦИИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА ПРОБУ С РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Дешко М.С., Пелеса Е.С., Шпак Н.В., Константинов Э.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Снежницкий В.А.*

Известно, что для определения состояния вазомоторной функции эндотелия наибольшее значение имеет реактивная гиперемия на 1 мин. после декомпрессии [1]. Однако диагностически значима и динамика изменения показателя во времени от момента снятия манжеты на 1, 2 и 3 минутах наблюдения. Авторы выделяют положительную, нулевую (инерционную) и отрицательную (парадоксальную) реакции по величине относительного изменения максимальной скорости кровенаполнения на  $\Delta dZ/dT$  как наиболее точно отражающую функцию эндотелия реовазографическом показателе. Положительная реакция в зависимости от запаздывания максимальной реакции подразделяется на 3 типа с максимумом на 1, 2 или 3 мин. Инерционная реакция – это 0 на 1 мин. с подъемом (или без) на 2 или 3 мин. – уже является свидетельством нарушения функции эндотелия. Парадоксальная реакция также подразделяется на 3 типа в зависимости от достижения (или превышения исходного уровня) на 2 и 3 мин. Наиболее неблагоприятная ситуация имеет место при сохранении отрицательной реакции на протяжении всех 3-х мин [2].

Задачей представленного исследования было изучение типов реакции вазомоторной функции эндотелия на пробу с реактивной гиперемией у молодых лиц с артериальной гипертензией (АГ).

Для решения поставленной задачи на АПК «Импекард» обследовано 55 лиц молодого возраста (мужчин – 33, женщин - 23, средний возраст  $22 \pm 2$  года) с разделением на 4 группы: I - здоровые некурящие ( $n=20$ ), II - больные с мягкой либо умеренной АГ ( $n=15$ ), III - курящие лица с нормальным уровнем артериального давления ( $n=13$ ), IV – курящие больные с АГ ( $n=8$ ). Группы не различались между собой по полу и возрасту.  $\Delta dZ/dT$  определяли в динамике, на основании чего выносили заключение о типе реакции. Способ интерпретации отличался от упомянутого выше тем, что регистрацию осуществляли на 1, 3 и 5 мин.

Получены следующие типы реакции: в I группе 1a – 11 (55,0%), 2a, 2c и 3c – по 2 (10,0%), 2b, 3a и 3b – по 1 (5,0%); во II группе - 1a – 6 (40,0%), 1b, 2c и 3c – по 1 (6,7%), 2b – 2 (13,3%), 3a – 4 (26,7%); в III группе – 1a, 3b и 3c – по 3 (23,1%), 1b и 2c – по 2 (15,4%); в IV группе 1a, 2a и 2c – по 1 (12,5%), 3a – 2 (25,0%), 3c – 3 (37,5%). Как видно, от I к IV группе наблюдается снижение реактивности вазомоторной функции

эндотелия. Например, наиболее прогностически неблагоприятный вариант (3с) значимо ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  с поправкой Йетса) чаще имел место в IV группе, а наиболее благоприятный (1a) – в I группе. Кроме того, следует отметить, что и в группе здоровых лиц имели место инерционная и парадоксальная реакции, что указывает на подверженность эндотелиальной функции многообразию экзогенных и эндогенных факторов, которые не были учтены в исследовании. Также у лиц с АГ значительный удельный вес приходится на положительный тип реакции, что свидетельствует о невыраженных и потенциально обратимых изменениях.

Таким образом, определение типа реакции вносит существенную дополнительную информацию о вазомоторной функции эндотелия.

Литература:

1. Corretti M.C., Anderson T.J., Benjamin E.J. et al. Guidelines for the ultrasound assessment of endothelial-dependent flow-mediated vasodilation of the brachial artery: A report of the International Brachial Artery Reactivity Task Force // J. Am. Coll. Cardiol. – 2002. – Vol. 39. – P. 257-265.
2. Полонецкий Л.З., Шанцило Э.Ч., Лаханько Л.Н. и соавт. Исследование вазомоторной функции эндотелия плечевой артерии с использованием импедансной технологии у больных атеросклерозом // Медицинская панорама. – 2005. - № 7. – С.40-43.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РЕОВАЗОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ**

*Дешко М.С., Пелеса Е.С., Шпак Н.В., Константинов Э.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Снежицкий В.А.*

Несмотря на то, что эндотелий представляет собой клеточный монослой, его общий объем, многообразие синтезируемых и высвобождаемых ауто- и паракринных субстанций и участие в регуляции гомеостаза всего организма позволяют рассматривать его как самостоятельный орган [1]. Эндотелий постоянно подвергается эндогенным и экзогенным влияниям, выделяя в качестве «амортизатора» для вазоконстрикторных веществ оксид азота NO. Нарушение данного равновесия имеет в отдаленном периоде последствия в виде сердечно-сосудистой патологии и, прежде всего, развития артериальной гипертензии [1].

Целью данного исследования явилась оценка функционального состояния эндотелия (эндотелий-зависимой вазодилатации) у лиц молодого возраста с артериальной гипертензией методом реовазографии сосудов предплечья.

Объектом выступили 55 лиц молодого возраста (мужчин – 33, женщин - 23, средний возраст  $22 \pm 2$  года). Обследованные были разделены на 4 группы: I – больные с мягкой либо умеренной артериальной гипертензией ( $n=15$ ); II – лица с нормальным уровнем артериального давления и стажем курения ( $n=13$ ); III – курящие больные с артериальной гипертензией ( $n=8$ ); IV – здоровые некурящие лица (группа сравнения,  $n=20$ ). Пациентам выполнена реовазография сосудов предплечья с окклюзионной пробой на АПК «Импекард». В качестве показателей, характеризующих функциональное состояние эндотелия, оценивали относительные изменение максимальной объемной скорости кровенаполнения ( $\Delta dZ/dT$ ) и пульсовой прирост

крови ( $\Delta dV$ ) в условиях выполнения теста с реактивной гиперемией на 1 мин. восстановления кровотока по плечевой артерии после декомпрессии [2].

Получены следующие величины  $\Delta dV_1$  и  $\Delta dZ/dT_1$ : 21,0% (-7,0; 49,0) и 4,5% (-7,2; 16,3), 6,9% (-9,7; 23,6) и -4,4% (-17,4; 8,5), -1,0% (-29,3; 27,3) и -11,6% (-36,3; 13,1) для I, II и III группы, соответственно (результаты представлены в виде M ( $\pm 95\%$  ДИ)). Аналогичные показатели для IV группы составили 29,9% (13,4; 46,4) и 12,4% (3,7; 21,2). Распределение по степени дисфункции эндотелия (не нарушена/ умеренно выражена/ выражена/ резко выражена) [2] характеризовалось следующими значениями: I группа – 5 (33,3%)/5 (33,3%)/1 (6,7%)/ 4 (26,7%); II группа – 2 (15,4%)/ 5 (38,5%)/ 3 (23,1%)/ 3 (23,1%); III группа – 1 (12,5%)/ 2 (25,0%)/ 0/ 5 (62,5%); IV группа – 11(55,0%)/ 3 (15,0%)/5 (25,0%)/1 (5,0%).

Анализ данных выявил значимые различия как по скоростному, так и по объемному показателям при сочетании артериальной гипертензии со стажем курения по сравнению с контролем (критерий Манна-Уитни), кроме того, в указанной группе достоверно чаще имели место резко выраженные изменения вазомоторной функции эндотелия (критерий Фишера). Другие различия между группами не претендовали на уровень статистической значимости.

Таким образом, уже у молодых лиц с мягкой и умеренной артериальной гипертензией и эпизодическими нестойкими подъемами артериального давления имеют место изменения эндотелий-зависимой вазодилатации в виде снижения реактивности на постокклюзионную гиперемию, особенно в совокупности с курением. Это в очередной раз указывает на необходимость профилактики, раннего выявления и лечения данной категории больных.

#### **Литература:**

1. Fe'le'tou M., Vanhoutte P.M. Endothelial Dysfunction: a Multifaceted Disorder // Am. J. Physiol. Heart. Circ. Physiol. – 2006. - Vol. 291. – P. H985–H1002.
2. Полонецкий Л.З., Лаханько Л.Н., Шанцило Э.Ч. и соавт. Способ оценки вазомоторной функции эндотелия плечевой артерии реовазографическим методом: инструкция по применению, утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 14.07.05. – Минск, 2004. – 8 с.

## **ПРИЕМНАЯ СЕМЬЯ: ЭКОНОМИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ**

*Довгайло Е.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – старший преподаватель О. Н. Рындова*

В настоящее время в Республике Беларусь растет число детей, оставшихся без попечения родителей. Из них только 5% дети-сироты, все остальные имеют родителей, которые, в свою очередь, не могут или не хотят заниматься их воспитанием. Руку помощи детям, оставшимся без любви и ласки биологических родителей, протягивают приемные.

Идея «родителей по найму» взаимовыгодна и эффективна со всех сторон. Для государства это ощутимая экономия: по расчетам, приемная семья обходится бюджету на треть дешевле, чем содержание ребенка в интернате. Для воспитателей — работа плюс многочисленные бонусы, от частичной оплаты коммунальных услуг до летнего оздоровления. Ну а ребенок... на то он и ребенок, чтобы остро нуждаться в домашнем очаге, пусть и временном. Не исключено, найдутся люди, которые новую систему воспитания обвинят в практицизме: милосердие за деньги?! Но что мы знаем о чужой ноше? Начнем с того, что это тот редкий случай, когда родителей выбирают: последнее

слово за ребенком, часто очень сложным, педагогически запущенным. Дело воспитателя — методом проб и ошибок подобрать к нему ключ. Да, это работа, но она измеряется не выработанными часами и не перечисленными деньгами.

Пять лет назад при поддержке Министерства образования, белорусского представительства ЮНИСЕФ и Белорусской ассоциации помощи детям-инвалидам и детям, оставшимся без попечения взрослых, стартовал проект, и сегодня у нас в стране создано свыше тысячи приемных семей. Сейчас приемная семья — это: официальная работа; трудовой стаж; зарплата педагога 2-й категории; отпуск 56 дней; льготы и... десятки, сотни, тысячи улыбок детей, окруженных любовью и заботой новых родителей.

“Наследство” приемным и опекунам семьям достается незавидное. Как правило, 40 процентов детей, изъятых у деградировавших родителей, — с особенностями психофизического развития, попросту с искаленной психикой. Естественно, не всякая нормальная семья может самостоятельно с ними справиться. Государство даже с самой мощной экономикой и развитой социальной сферой вряд ли способно компенсировать детям-сиротам то, что для обычного ребенка кажется вполне обыденным. Ласку матери, заботу отца, уютные семейные вечера законом не проведешь. Но, если есть хоть малейшая возможность дать обездоленным детям крепче встать на ноги в жизни, взрослые просто обязаны ее использовать.

В Парламенте часто рассматриваются законопроекты, касающиеся воспитания детей-сирот. Недавно были внесены поправки в Закон РБ «О пенсионном обеспечении» по поводу социальных пенсий для сирот. Тема сиротства получила продолжение и во время обсуждения депутатами еще одного документа: Декрета Президента N 18 «О дополнительных мерах по государственной защите детей в неблагополучных семьях». Государство оказывает помощь и поддержку, и это дает свои результаты. В 2005 году из 6 тысяч детей, направленных на ресоциализацию, более 3 тысяч впоследствии были возвращены в семьи, в которых были созданы для этого соответствующие условия.

Таким образом, приемная семья- это эффективная альтернатива детским домам и интернатам. Для родителей это работа и возможность самореализации, а для детей это новая семья, где они окружены заботой и вниманием.

## **СИНДРОМ РЕПЕРФУЗИИ-РЕОКСИГЕНАЦИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРИТИЧЕСКИХ ИШЕМИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ ОККЛЮЗИЯХ**

*Довнар А.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич*

В настоящее время особенности течения реперфузионно-реоксигенационного синдрома (РРС) у больных облитерирующим атеросклерозом (ОА), оперированных с критическими степенями ишемий нижних конечностей, до конца не раскрыты.

Целью настоящего исследования явилось установление закономерностей течения реперфузионно-реоксигенационного синдрома у больных ОА бедренно-подколенного сегмента с критическими стадиями ишемий нижних конечностей, перенесших бедренно-подколенное шунтирование.

Проанализированы результаты обследования двух групп пациентов. Первую группу составили 26 больных, перенесших бедренно-подколенное шунтирование реверсированной аутоvenой в связи со 2б стадией (по Fontaine - А.В. Покровскому)

хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК). Вторую группу составили пациенты, перенесшие артериальную реконструкцию в связи с критической ишемией нижних конечностей, в том числе 23 чел., оперированные по поводу 3 стадии ХАННК и 22 чел. – 4 стадии. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц. Закономерности течения РРС оценивались по показателям кислородтранспортной функции ( $PO_2$ ,  $p50_{\text{станд}}$ ,  $p50_{\text{реальн}}$ , СГК) и прооксидантно-антиоксидантного состояния (диеновые конъюгаты и основания Шиффа,  $\alpha$ -токоферол и  $\beta$ -каротин) крови, полученной из подкожной вены тыла стопы. Забор крови для исследования осуществлялся до, на 6 и 11 сутки после выполнения реконструктивной артериальной операций. Обработка полученных данных проводилась с использованием программ EXEL и STATISTIC.

Найдено, что при ХАННК у больных ОА бедренно-подколенного сегмента развивается сложный гипоксический синдром, характеризующийся сочетанием всех известных типов гипоксии, более выраженный при критических стадиях ишемий нижних конечностей. Одновременно происходит сдвиг прооксидантно-антиоксидантного равновесия крови в сторону активации свободно-радикального окисления и истощения антиоксидантной системы. Показатели ПОЛ у больных с критической ишемией нижних конечностей в 1,4 - 2,3 раза превышают, а антиоксидантной системы в - 1,2 - 1,4 раза оказываются ниже соответствующих значений у лиц со 2б стадией ХАННК. Восстановление артериального кровотока в нижних конечностях характеризуется отсутствием нормализации КТФ. У больных наблюдается повышенное поступление  $p_vO_2$  из кровотока к тканям на фоне снижения их способности к его утилизации. Степень возрастания  $p_vO_2$  находится в прямо пропорциональной зависимости от исходной стадии ХНАК нижних конечностей. Прооксидантно-антиоксидантное равновесие смещается в сторону преобладания процессов ПОЛ, но с более выраженными сдвигами при критических стадиях ишемий нижних конечностей.

Следовательно, развитие РРС нижних конечностей у больных ОА, перенесших хроническую ишемию, зависит от исходной стадии ХАННК. Установленные закономерности в его патогенезе требует разработки способов коррекции реперфузионно-реоксигенационных повреждений тканей с учетом стадии ХАННК.

## **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

*Довнар Р.И.*

*Слонимская центральная районная больница, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич*

До выполнения радикального хирургического вмешательства подавляющее число больных варикозной болезнью нижних конечностей не проходят консервативного лечения. На этом фоне хроническая венозная недостаточность нижних конечностей у них неуклонно прогрессирует.

Целью настоящего исследования явился анализ эффективности комплексной предоперационной подготовки больных, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей.

Проанализированы результаты лечения в амбулаторно-поликлинических условиях 24 больных, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей. Из них мужчин было 9 человек, женщин – 15. Средний возраст пациентов равнялся  $48,6 \pm 1,5$



годам. Длительность заболевания варикозной болезнью нижних конечностей составила  $14,2 \pm 0,9$  лет. Стадия субкомпенсации венозной гемодинамики имелась у 17 больных, декомпенсации – у 7. При декомпенсированной стадии гемодинамических нарушений длительно не заживающая трофическая язва на медиальной поверхности нижней трети голени имелась у 4 пациентов, гиперпигментация с гиперкератозом в нижней трети медиальной поверхности голени – у 3. Больных обследовали физикально в сочетании с функциональными пробами.

Предоперационная подготовка пациентов проводилась с учетом стадии нарушений венозной гемодинамики в нижних конечностях и включала медикаментозное и немедикаментозное лечение. Основу медикаментозной предоперационной подготовки включал препарат аэсцин в таблетированной форме и в виде геля. Пациентам с субкомпенсированной стадией венозной гемодинамики в нижних конечностях предписывалось наносить аэсцин гель на голень 2 раза в сутки, а декомпенсированной - 3 раза в сутки. Одновременно больным назначался аэсцин в таблетированной форме: по 2 таблетки 3 раза в сутки. Больным с трофическими язвами на голени проводилась их санация с учетом фазы течения раневого процесса. Немедикаментозное лечение включало применение лечебного медицинского трикотажа. Предпочтение отдавалось эластическому бинтованию нижних конечностей. Кроме того, использовалось физиотерапевтическое лечение: при стадии субкомпенсации венозной гемодинамики назначались магнитные поля, а при декомпенсированной – магнитные поля и УВЧ.

Длительность курса предоперационной подготовки составила у больных с субкомпенсированной стадией нарушения венозной гемодинамики  $7 \pm 1,2$  дня, а декомпенсированной –  $14 \pm 1,5$  дня.

Проводимое комплексное предоперационное лечение больных варикозной болезнью нижних конечностей позволило улучшить состояние венозной гемодинамики в нижних конечностях, что проявлялось субъективными и объективными клиническими признаками. Прежде всего, при стадии субкомпенсации венозной гемодинамики купировался судорожный синдром в нижних конечностях в ночное время и снизилась на  $1,9 \pm 0,5$  см интенсивность отека в нижней трети голени. У больных с декомпенсированной стадией венозной гемодинамики интенсивность отека в нижней трети голени уменьшилась на  $1,5 \pm 0,6$  см. В 4 случаях отмечено заживление трофических язв, а в 3 – их диаметр уменьшился на  $60,7 \pm 9,5\%$ .

Таким образом, выполнение флебэктомии у больных с варикозной болезнью нижних конечностей предполагает проведение комплексной предоперационной подготовки с учетом стадии нарушения венозной гемодинамики в ногах.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ТЕЙЛОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ**

*Долбик В.В., Лупаленко А.В., Мартысевич А.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель – д.м.н. проф. В.С.Васильев*

Многоликость факторов воздействия на организм человека при различной патологии отражаются в эмоциональном состоянии напряженностью (тревожностью), что всегда привлекает внимание интернистов при назначении и обосновании рациональной терапии (Васильев А.В., Васильев В.С., 2000; Васильев А.В. и др., 2005). Оценка объективизации уровня эмоциональных сдвигов в последние годы наиболее

часто производится путем анкетирования пациентов, сопоставления результатов его с объективным состоянием больного. В практических условиях это вполне помогает решить проблему. В клинике в последние годы нами используется для этой цели шкала тревоги Ж.Тейлор (1953); состоящая из 40 утверждений, каждое из них оценивается одним баллом. Утверждения самим пациентом выбираются только наиболее подходящие для него. При оценке выделяют три степени тревожности: высокая (26-40 баллов), средняя (16-25 баллов) и низкая (0-15 баллов).

Анкетированию подвергнуто 278 больных с синдромом инфекционной диареи (острая дизентерия – 49, сальмонеллез – 73, гастроэнтероколит неустановленной этиологии – 156). Среди них мужчин – 148, женщин – 130. Возраст пациентов был от 16 лет до 51 года. За норму приняты данные клиники, полученные при анкетировании 264 практически здоровых людей, близких пациентам по половому и возрастному составу. Среди здоровых у мужчин низкий уровень тревожности у 88,5±3,61%, средний у 7,7±3,01%, высокий – 3,8±2,16%; у женщин показатели были, соответственно, 90,3±2,17%, 6,5±1,8% и 3,2±1,29%. Анкетирование больных проводилось на 1-2 день поступления в стационар, что совпадало с остротой клинических проявлений. Данные анкетирования обработаны статистически с расчетом процентной частоты по степени тревожности в зависимости от пола и нозологии.

В острый период диарейного синдрома (без учета патологии) у мужчин низкий уровень тревожности выявлен в 30,4±3,8%, средний в 61,5±3,9%, высокий у 8,1±2,2% случаев. У женщин показатели тревожности были, соответственно: 23,8±3,7%, 56,9±4,3%, 19,3±3,4%. Из представленных данных видно, что при остром диарейном синдроме отмечается существенное нарастание эмоционального напряжения в сторону средней и высокой её выраженности ( $P<0,001$ ) за счет резкого снижения частоты низкой тревожности ( $P<0,001$ ). Частота высокой степени эмоционального напряжения у женщин была существенно выше, чем у мужчин ( $P<0,01$ ).

Таким образом, сам факт заболевания, острое его развитие, выраженный дискомфорт, связанные с диареей, интоксикация, обусловленная метаболическими нарушениями вызывает в организме пациента состояние серьезного эмоционального напряжения. Отмечено более выраженное проявление тревожности у женщин. Обнаруженные нарушения в эмоциональном статусе больных с синдромом диареи подтвердили перспективность использования анкетирования, результаты которого документировали этот факт. Аналогичные данные об эмоциональном нарушении при гепатопатологии были отмечены в клинике ранее (А.В. Васильев и др., 2005). Наличие самого факта эмоциональной напряженности в остром периоде болезни дает основание для коррекции с использованием как медикаментозного, так и психотерапевтического подходов. К сожалению, нами не выявлено существенных различий при оценке эмоциональной напряженности в зависимости от этиологии диареи, что можно объяснить как, возможно, недостаточным материалом, так и доминирующим влиянием болезни, как таковой, тем более, что эти заболевания были объединены общей симптоматологией (диарея).

## СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ WEB-БРАУЗЕРОВ

*Дорофей С.Г., Лукаш С.Ю.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – И.А. Демяшкевич*

В настоящий момент имеются три ведущих браузера - это Microsoft Internet Explorer, Opera и Mozilla Firefox. На самом деле браузеров гораздо больше, но они все вместе занимают всего около 1% рынка и, как правило, стремятся к совместимости с одним из лидеров.

Браузер - это программа, при помощи которой мы смотрим Web-страницы. В основе Web-страниц лежит язык HTML, и определяется он как текст в формате ASCII со вставкой специальных разметочных кодов (или тэгов). И когда браузер отображает страницу, то он находит эти коды и выполняет соответствующие им действия (например, встречая тэг <b>, начинает вывод последующего текста полужирным шрифтом, а встречая </b> - прекращает это делать). Полный набор таких тэгов называется спецификацией и поддерживается WWW-консорциумом, в который входят все основные компании, разрабатывающие программное обеспечение для Internet (в том числе, и Microsoft с Netscape).

В идеале все браузеры должны удовлетворять данным спецификациям, но, к сожалению, в реальности интерпретируют они код по-разному (иногда очень по-разному), причем не только версии разных браузеров, но и разные версии одного и того же браузера. Причиной этого явилась конкуренция компаний, когда они вводили новые тэги для повышения конкурентоспособности своих продуктов. И, как следствие любой закрытой программы, они по-разному понимают значение тех или иных тэгов.

Первоначально HTML позиционировался как язык логической разметки текста, независимый от устройства вывода. То есть результат интерпретации HTML-кода может быть выведен не только на экран, но и, к примеру, на звуковую карту (когда компьютер сам будет читать Вам содержимое HTML-страницы) или на специальное устройство, воспроизводящее содержимое странички кодом Брайля. Но получилось так, что язык HTML, в конце концов, превратился в язык описания страниц на экране компьютера.

Простой язык гипертекстовой разметки HTML – уже почти не используется, на смену ему пришли DHTML, XML, CSS и связанные с ними технологии. Уже в данное время его теснит XHTML. Позволяя представлять наполнение Web в виде некоего подобия распределенной четко структурированной базы данных, обеспечивающей быстрый доступ к любой хранящейся в ней информации, благодаря чему, например, не нужно будет целиком загружать страницу в память клиентского компьютера и только после этого выполнять в ней поиск нужного фрагмента.

### **Список литературы**

1. <http://www.artlebedev.ru/tools/browsers/>
2. <http://viju.tvercity.net/articles/browsers>
3. [http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5\\_%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%83%D0%B7%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%83%D0%B7%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2)
4. <http://forum.ru-board.com/topic.cgi?forum=5&topic=22091&start=2640>

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БРАДИАРИТМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

*Дорош В.Г., Бурак Е.В., Тарасов В.Ю.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель - к.м.н. асс. Василевский В.П.*

Постоянная электрокардиостимуляция (ЭС) в настоящее время является единственным возможным методом нормализации сердечного ритма и способствует улучшению гемодинамики[2]. Сущность метода ЭС состоит в создании постоянно действующего гетеротопного водителя ритма желудочков, для чего к ним подводят импульсный электрический ток[1].

Проанализировано 425 временных и постоянных электрокардиостимуляций, проведённых в Гродненской областной клинической больнице 358 больным за 11 лет (172 (42,8%) мужчин, 186 (57,2%) женщин) в возрасте от 56 до 92 лет (средний возраст  $71 \pm 1$  год), страдающим брадиаритмиями. Временная ЭС, длительность которой колебалась от 24 часов до 12 дней, выполнена в 58 наблюдениях, постоянная – в 367, из них 9 больных оперировались повторно. В 210 случаях ЭС осуществлялась через миокард, в 157 – через эндокард. Показаниями к временной ЭС служили опасные для жизни состояния: инфаркт миокарда до восстановления проводимости (6 пациентов), необходимость проведения консервативной терапии перед постоянной ЭС (52 пациента). Постоянная ЭС осуществлялась при полной АВ-блокаде с ЧСС 40 и менее ударов в минуту и наличии в анамнезе хотя бы одного приступа Морганьи-Адамса-Стокса (133 пациента), брадиаритмической форме слабости синусового узла (223 пациента), синдром Фридерика (2 пациента). При эндокардиальной ЭС проведение электрода в полость правого желудочка осуществлялось с использованием подключичного венозного бассейна (101 оперированный) и яремной венозной системы (56 оперированных). Электрокардиостимулятор имплантировался под большую грудную мышцу. Миокардиальная ЭС осуществлялась из нижнего медиастинального доступа с резекцией мечевидного отростка (208 пациентов) и из левостороннего торакотомного доступа (2 пациента). Электрод имплантировали в мышцу правого желудочка, а электрокардиостимулятор – во влагалище прямой мышцы живота. Интраоперационная эффективность ЭС оценивалась на основании непрерывного мониторинга сердечной деятельности. Осложнений во время операций не было. В раннем послеоперационном периоде 3 больных умерло от острой сердечно-сосудистой недостаточности и 1 больная через 2 месяца от момента операции умерла от раневого сепсиса. Средний послеоперационный койко-день при миокардиальной ЭС составил 9,5 суток, а при эндокардиальной – 7 суток. При наблюдении за пациентами до 5 лет после операции 12 человек оперировано повторно. У 3 из них развилась неэффективность генератора импульсов, у 5 обнаружена дислокация эндокардиальных электродов, в 4 случаях диагностирован экзист-блок.

Таким образом, метод эндокардиальной ЭС является более предпочтительным, т.к. менее травматичен, требует меньшего объема оперативного вмешательства, сокращает средний послеоперационный койко-день более чем на двое суток. Наиболее частыми причинами повторных оперативных вмешательств при ЭС являются дислокация электрода и экзист-блок.

### **Литература:**

1. Ромашов Ф.Н., Боранович В.Ю., Быстров В.И. Хирургическое лечение брадиаритмий// - Москва.-1991.-С.13-78;

2. Копоть Т.Т., Власова - Розанская Е.В. Медико-социальная экспертиза больных с имплантированными электростимуляторами// Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний.- Минск.-2006. -Выпуск №7.- Т1.-С.32-39

## ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА ДОПЛЕРОМЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА

*Дроздовская Е.В., Плоцкий А.Р.*

*Гродненский государственный медицинский университет  
Кафедра акушерства и гинекологии*

**Цель:** изучить прогнозирование гипотрофии плода по данным доплерометрии.

**Материал и методы исследования:**

Нами были обследованы 64 пациентки. Среди них 1 группу (основная группа) составили 28 пациенток с гипотрофией плода, 2 группу (группа сравнения) – 36 пациенток с нормальной массой плода при рождении. Дефицит массы тела устанавливался по шкале оценки физического развития новорожденных и по массоростовому показателю.

В средней мозговой артерии (СМА), правой (ПМА) и левой (ЛМА) маточных артериях были изучены средняя систолическая скорость (ССС), максимальная систолическая скорость (МСС), диастолическая скорость кровотока (ДС), систоло-диастолическое соотношение (SD), пульсационный индекс (PI), индекс резистентности (IR).

**Результаты и обсуждение:**

При сравнении пациенток обеих групп достоверных различий в показателях кровотока (ССС, МСС и ДС) в правой маточной артерии не обнаружено. Имело место статистически значимое различие показателей SD, PI и IR ( $p < 0,001$ ).

В левой маточной артерии выявлены различия по всем изучаемым показателям: СССР, МСС, ДС в основной группе статистически достоверно снижены ( $p < 0,001$ ), а уголнезависимые коэффициенты, по сравнению с показателями в группе 2, повышены ( $p < 0,01$ ).

При сравнении показателей кровотока в правой и левой маточной артерии среди пациенток обеих групп установлено, что различий в основной группе не было, т.е. обе маточные артерии принимали участие в кровоснабжении плода примерно одинаково. В группе 2 отмечены более «благоприятные» показатели и условия кровотока в правой маточной артерии, что подтверждается рядом исследований о преобладающем влиянии правой маточной артерии в кровоснабжении матки вообще и при беременности в частности [А.Н. Стрижаков, 2001г., М.Б. Охупкин 1999г.].

Различий в показателях кровотока в средней мозговой артерии в обеих группах выявлено не было.

При изучении корреляционных связей по методу Спирмена выявлены корреляционные связи в основной группе. В ПМА – положительная корреляционная связь между СССР, МСА, ДС и массой плода, в ЛМА – отрицательная корреляционная связь между SD, PI, IR и массой плода.

В средней мозговой артерии плода в основной группе выявлена положительная корреляционная связь между гемоглобином плода и ДС –  $r = 0,508$   $p = 0,018$ , и отрицательная корреляционная связь между гемоглобином плода и SD –  $r = -0,466$   $p = 0,033$ . Кроме того, установлена положительная корреляционная связь между уровнем билирубина у плода и PI в СМА:  $r = 0,513$   $p = 0,04$ . А в группе сравнения в СМА –

отрицательная корреляция между уровнем билирубина и ССС и ДС:  $r = -0,56$   $p = 0,007$  и  $r = -0,55$   $p = 0,008$ , соответственно.

**Предполагаемые выводы:**

1. Различие в кровоснабжении матки правой и левой маточной артерией наталкивает на мысль о проведении профилактики плацентарной недостаточности в случае локализации плаценты преимущественно на левой боковой стенке.
2. Одинаковые показатели кровотока в обеих маточных артериях также могут служить критерием возможного развития плацентарной недостаточности.
3. Выявленные корреляционные связи между показателями кровотока в средней мозговой артерии и уровнем билирубина и гемоглобина у плода при рождении могут быть полезными при ведении пациенток с плацентарной недостаточностью в сочетании с резус-конфликтной беременностью.

## **АГРЕГАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ**

*Дубас И.О., Акулёнок А.В.*

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Козловский В.И.*

**Актуальность.** Течение пневмонии сопряжено с интоксикацией, лейкоцитозом, гипоксией, что, несомненно, приводит к неблагоприятным изменениям со стороны сердечно-сосудистой системы. Можно предположить, что при этом происходит изменение функционального состояния микроциркуляции и эндотелия [1,2,3]. Однако расстройства микроциркуляции у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы во время пневмонии исследованы недостаточно.

**Цель.** Определение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) и продолжительности стационарного лечения у больных артериальной гипертензией при развитии внегоспитальной пневмонии.

**Материал и методы.** Обследовано 94 больных пневмониями. Мужчин было 43 (45,7%), женщин – 51 (54,3%). Средний возраст –  $57,4 \pm 0,6$  лет. Больные были разделены на две группы – основную ( $n=34$ ), включающую пациентов, страдающих артериальной гипертензией (АГ) II степени, и контрольную ( $n=60$ ), состоящую из пациентов без выявленных ранее заболеваний сердечно-сосудистой системы, в том числе и АГ. Пациенты основной группы получали антибактериальную и гипотензивную терапию, контрольной – только антибактериальную. В группе здоровых было 30 здоровых человек, 16 (53%) мужчин и 14 (47%) женщин. Средний возраст –  $53,7 \pm 1,64$  лет. Агрегацию ЛТС изучали методом Born G. (1962) на агрегометре «СОЛАР», в качестве индуктора агрегации лейкоцитов использовали 0,1% раствор адреналина. Всем больным выполняли общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенографию лёгких, измерение артериального давления, запись ЭКГ. Данные статистически обработаны с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

**Результаты.** У больных артериальной гипертензией и пневмонией отмечается достоверное повышение агрегации ЛТС ( $22,4 \pm 4,1\%$ ), нежели у больных без патологии сердечно-сосудистой системы ( $19,5 \pm 6,6\%$ ); у здоровых этот показатель равен  $11,2 \pm 2,9\%$ . У больных основной группы в конце стационарного лечения снижение агрегации ЛТС выражено меньше ( $19,5 \pm 4,6\%$ ), по сравнению с больными с одной

пневмонией ( $15,2 \pm 5,1$ ;  $p < 0,05$ ). Длительность стационарного лечения больных основной группы составляет 16 дней, контрольной – 14 дней ( $p < 0,05$ ).

#### **Выводы.**

1. У больных при внегоспитальной пневмонии отмечается повышение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии, более выраженное при наличии у пациента артериальной гипертензии II степени.

2. Длительность лечения пневмонии достоверно больше у больных с артериальной гипертензией II степени.

#### **Литература:**

1. Алексанян Л.А., Верткин А.Л., Намазова Л.С. и др. Оптимизация эмпирической терапии внебольничной пневмонии у больных пожилого и старческого возраста. // Лечащий врач. – 2005. – № 8. – С. 23-27.
2. Гельцер Б.И., Бродская Т.А. Функциональное состояние эндотелия у больных внебольничной пневмонией. // Клиническая медицина. – 2005. - №7 - С. 19-24.
3. Szmitko P.E., Wang C.h., Weisel R.D. et al. New markers of inflammation and endothelial cell activation.// Circulation. – 2003, - V. 108. – P. 1917-1923.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРОМЕДИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Дубовский А.В., Авдей С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра неврологии.*

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

Патология периферической нервной системы (ПНС) является распространенной и составляет половину неврологической заболеваемости взрослых [2]. При этом длительность восстановительного периода определяется адекватностью проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. В связи с этим расширение арсенала фармакологических средств, используемых в лечении данной патологии, вызывает практический интерес как неврологов, так и врачей смежных специальностей [3].

По данным литературы, нейромидин является препаратом, сочетающим в себе несколько механизмов действия [1]. Он улучшает проведение возбуждения по нервам и гладким мышцам вследствие блокады калиевых каналов и угнетения активности холинэстеразы, оказывает непосредственное стимулирующее влияние на процесс возбуждения в пресинаптическом нервном волокне и постсинаптических мышечных образованиях, стимулирует М-холинорецепторы.

Целью настоящей работы является оценка эффективности лечения расстройств ПНС при помощи стандартных схем лечения с добавлением к ним нейромидина.

Материалы и методы. Обследовано 10 больных в возрасте от 32 до 65 лет с различными вариантами поражения нервной системы: с заболеваниями ПНС (8 больных), с поражением центральной нервной системы (2 пациента). Наряду с исследованием неврологического статуса, использовались электрофизиологические методы (электронейромиография, реовазография, вариационная пульсометрия и вегетативное тестирование). Пациенты исследуемой группы получали общепринятую терапию, включающую средства, улучшающие микроциркуляцию, биостимуляторы, витамины, ноотропы, нестероидные противовоспалительные средства. Вместо прозерина, как антихолинэстеразного препарата, использовался нейромидин, который назначался в дозе 50 и 150 мг/сутки (внутримышечно 1 раз в день) в течение 10 дней.

Оценка клинического статуса проводилась при поступлении и на 10 день стационарного лечения.

Результаты и обсуждение. Эффективность нейромидина наблюдалась при всех нозологических формах поражения нервной системы: болезни Мари-Фуа-Алажуанина, алкогольной и диабетической полинейропатии, компрессионно-ишемической полинейропатии верхних и нижних конечностей, острой демиелинизирующей полинейропатии, вертеброгенной радикулоишемии, синдроме Толоза-Ханта. Выраженное улучшение от приема этого препарата отмечено у больных с вертеброгенной радикулоишемией и острой демиелинизирующей полинейропатией. Независимо от введенной дозы нейромидина, у пациентов наблюдалось быстрое и значительное восстановление двигательной активности, чувствительности на фоне положительной динамики показателей электронейромиографии. Хорошая переносимость препарата и выраженный клинический его эффект способствовали выздоровлению больных, сокращали сроки лечения и пребывания этих пациентов в стационаре.

Таким образом, применение нейромидина эффективно при всех нозологических формах заболеваний нервной системы, но наибольший клинический эффект отмечен у больных с поражением периферической нервной системы.

#### **Литература.**

1. Доброхотова Т.А. Применение амиридина в лечении больных с черепно-мозговой травмой: метод. рекомендации. – М., 2000. - С. 8.
2. Новиков А.В., Солоха О.А. Нейропатическая боль: обзор по материалам журнала The Lancet /Неврологический журнал, 2000 - № 1.- С. 56-61.
3. Парпалей И.А., Головченко Ю.И., Калищук-Слободин Т.Н. Применение нейромидина в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы /Украинский вестник психоневрологии.- 2003.- N 1. - С. 59-63.

## **ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ**

***Дубровская Е.В., Ранжева О.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней № 1*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Батвинков Н.И.*

Около одного миллиарда людей в мире страдает патологическим ожирением, которое многих из них обрекает на мучительные физические и психические страдания.

Как и при ряде других заболеваний, при неэффективности консервативного лечения показано хирургическое вмешательство.

Начало бариатрической хирургии относится к 1954 году, когда Kremen и Linnear было выполнено первое тоще-подвздошное шунтирование. В 1970 году итальянский хирург Scopinago выполнил операцию билиопанкреатического шунтирования. Hess в 1988 г. модифицировал операцию Scopinago (билиопанкреатическое шунтирование с исключением двенадцатиперстной кишки). В 1980 году E.E. Masson произвел вертикальную гастропластику желудка. Gomez E. в 1981 году впервые применил в практике горизонтальную гастропластику. Силиконовый внутрижелудочный баллон (SIB) был разработан F.C. Gau в содружестве с компанией INAMED Development Corporation (IDC) в 1980 году. В 1993 г. американские хирурги A.Witgrave L. Clark выполнили первую операцию лапароскопического шунтирования желудка. В 1999г в США M. Garner выполнил одну из модификаций билиопанкреатического шунтирования лапароскопически. Таким образом, существует 3 методики снижения



веса при операциях: мальабсорбтивные, рестриктивные и комбинированные. В мировой практике накопился определенный опыт выполнения бариатрических операций. Однако в нашей республике операции по поводу данного заболевания производятся исключительно редко [Г.П. Рычагов, 1998].

Приводим наше наблюдение. Больная З., 35 лет, поступила в хирургическую клинику по поводу патологического ожирения 4 степени. При росте 170 см масса тела пациентки составляла 160 кг. Больна около 15 лет, многократно проходила курсы лечебного голодания, принимала биологически активные добавки к пище «Herbalife», кодировалась. Однако результат был отрицательным, присоединились одышка и слабость при незначительной физической нагрузке. После тщательного обследования больная 14.12.1990г. подверглась оперативному вмешательству. Выполнено бандажирование желудка в сочетании с еюноилеошунтированием, при этом тонкокишечный анастомоз наложен, отступая 35 см от слепой кишки. Послеоперационных осложнений не было. Через 4 месяца больная обратилась в клинику в связи с образованием избытка кожных складок по типу отвислого живота, обусловленных резким снижением массы тела (до 90 кг). 12.04.1991 произведена дермолипэктомия на животе. Через год (06.12.1991) после первой операции выполнена дермолипэктомия в области обоих бедер.

Больная обследована в условиях клиники через 16 лет. Операцией довольна, режим питания не соблюдает. Масса тела 110 кг. В связи с наличием желчнокаменной болезни 6.12.2006 выполнена лапароскопическая холецистэктомия без осложнений. Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что операции создания малого желудочка и тощеподвздошного шунтирования позволяют достичь желаемого лечебного и косметического эффекта, так как при данной операции используется сразу два механизма снижения веса – рестриктивный и мальабсорбтивный. Данная операция может более широко применяться практикующими хирургами нашей республики.

#### **Литература:**

1. Рычагов Г.П. Сбор трудов: Редкие и труднодиагностируемые заболевания в практике хирурга / Г.П. Рычагов, П.М. Назаренко; Бел. Гос. Мед. Ун-т. – Минск, 1998. – с.184 -185.

## **КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОНЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ**

*Дубровская Е. В., Алещик М.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии*

*Научный руководитель: доцент, к.м.н. Алещик И. Ч.*

Для количественного исследования обоняния мы использовали принцип ольфактометра Elsberg – Levi с принудительной подачей пахучих веществ. В качестве пахучего вещества использовали настойку валерианы в концентрации от 0,5% до цельной настойки.

Цель работы: количественная оценка обоняния у больных с искривлением носовой перегородки.

#### **Материал и результаты исследования.**

Объектом для исследования послужила оценка клинических данных 15 студентов с нормальным носовым дыханием (1 группа) и 30 больных с искривлением носовой перегородки. Больные были разделены на 4 группы: с односторонним затруднением носового дыхания (2 группа), с двусторонним затруднением носового дыхания (3 группа), с односторонним отсутствием носового дыхания (4 группа), без

затруднения носового дыхания (5 группа). Оценка результатов ольфактометрии проводится при помощи 3- балльной шкалы: 0 баллов – обследуемый не ощущает запах; 1 балл – запах ощущается, но не идентифицируется; 2 балла – запах ощущается, идентифицируется как родственный; 3 балла – запах ощущается, идентифицируется правильно.

Длительность заболевания более 3-х лет отметило 46,2 - 100% пациентов. Основной причиной искривления носовой перегородки и снижения обоняния являлась травма челюстно-лицевой области (55,6 - 100%). На снижение обоняния во 2 группе жаловалось 23,1% больных, в 3 и 4 группах - по 50% больных и в 5 группе - 22,2% больных. У большинства пациентов при проведении передней риноскопии обнаруживались сопутствующие заболевания носа (50 – 100%).

При проведении количественной ольфактометрии в 1 группе функция обоняния оценена в  $1,67 \pm 0,4$  балла на всех концентрациях пахучего вещества. В 1 и 5 группах при повышении концентрации одоранта обонятельные ощущения не изменялись. Во 2 и 4 группах наблюдалось улучшение распознавания запаха при увеличении до 10% концентрации одоранта, а затем обонятельные ощущения не изменялись. Во 2 группе это нарастание ощущений запахов достоверно ( $p < 0,05$ ). В 3 группе наблюдалось постоянное улучшение распознавания запаха при увеличении концентрации одоранта. Достоверное отличие ( $p < 0,05$ ) начинается с концентрации пахучего вещества в 10%.

#### **Выводы:**

1. Предложенная методика количественной ольфактометрии достоверна, доступна к использованию в любых медицинских учреждениях.
2. Нарушение дыхания достоверно снижает обоняние.
3. На функцию обоняния самое существенное воздействие оказывает отсутствие носового дыхания.

## **СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ**

*Дукорский В.В., Болейко Т.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра психиатрии*

*Научный руководитель – ассистент Э.П. Станько*

На сегодняшний день самоубийства остаются остройшей медико-социальной проблемой в мире. Так, по данным ВОЗ (2001г.), ежегодно 1 миллион человек кончают жизнь самоубийством, до 20 миллионов совершают суицидальные попытки. Беларусь занимает одно из ведущих мест в мире по уровню суицидов (Евсегнеев Р.А.. 2001).

Целью работы является изучение распространенности суицидальной активности населения в отдельно взятом регионе республики (Гомельская область, Хойникский район) с последующим проведением клинико-эпидемиологического анализа. Для выполнения цели данной работы проанализирован уровень суицидального поведения населения Хойникского района в период 2003-2006 гг.; определена связь между частотой совершения суицида и употреблением спиртных напитков, половозрастными особенностями суицидентов; изучено влияние уровня образования, занятости, материального положения, семейного статуса, места жительства на суицидальную активность населения; проведен анализ существующей системы предупреждения и профилактики суицидов в Хойникском районе Гомельской области. Сбор данных осуществлялся по материалам Хойникской районной прокуратуры (дела об отказе в возбуждении уголовного дела в связи с суицидом) и судебно-медицинских экспертиз. На каждого суицидента заполнялась карта, включающая необходимые для

запланированного исследования сведения (пол, возраст, занятость и пр.). При проведении эпидемиологических исследований материала использовались методы описательной и аналитической эпидемиологии. С помощью описательной эпидемиологии изучали частоту, вид и тяжесть суицидальных действий во времени. Используя методы аналитической эпидемиологии, определяли влияние различных факторов (факторов риска, социальных условий) на уровень суицидальной активности населения. Всего в исследование включен 71 случай самоубийства. Статистическая обработка полученных материалов проведена с использованием компьютерной программы Microsoft Excel.

В результате исследования установлено, что суициды среди населения Хойникского района в 2-3 раза превышают областной и республиканский уровни. Суициденты представлены преимущественно мужским полом трудоспособного возраста. Большая их часть злоупотребляла алкоголем и находилась в состоянии алкогольного опьянения на момент совершения суицида. Среди суицидентов выявлен высокий уровень безработных. Вместе с тем, характерным для лиц, покончивших жизнь самоубийством, были материальное неблагополучие, также отсутствие семьи. Подавляющее большинство суицидентов имели среднее, средне-специальное или неполное среднее образование, проживали преимущественно в сельской местности.

## **МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О РАБОТЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Дунаев Д.И., Августиневич И.А., Казбанов В.В., Савченко А.А,  
Тарасик А.О., Марукович Ю.С., Гриб О.К.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Кафедра организации здравоохранения*

*Научный руководитель: асс. Халымина И.И.*

**Цель исследования.** Изучение организации работы приемных отделений стационаров г. Минска.

**Материалы и методы.** Для этого была создана анкета, которая включала 19 вопросов, отражающих информацию об обстоятельствах. Пациентам предлагалось оценить организацию работы приемного отделения и высказать предложения по ее улучшению. Опрос проводился только среди пациентов, госпитализированных в стационар.

Для обработки данных применяли статистические методы исследования: расчет относительных и средних величин, оценка достоверности разницы результатов исследования по критерию t-Стьюдента и хи-квадрат.

**Результаты исследования.** В исследовании приняли участие 99 человек, госпитализированных в три крупных стационарных организации г. Минска, из них 68,69% женщин и 31,31% мужчин. Средний возраст респондентов составил  $45,87 \pm 1,93$  лет. Респонденты проходили лечение и обследование в терапевтических (26,26%) и хирургических отделениях (73,74%).

Планово поступило 69,23% респондентов, по экстренным показаниям 30,77%. Целью госпитализации 65,00% человек указало необходимость прохождения лечения, 35,00% — обследования. Свое состояние при поступлении оценивали удовлетворительно — 74,75% пациентов, средней тяжести — 24,24%, тяжелое — 1 человек.

По результатам нашего исследования, врачебная помощь была оказана незамедлительно после поступления в отделение в 15,15% случаев, ожидали осмотр врача в приемном отделении до 15 минут — 58,59% человек, 16 — 30 минут — 7,07; 31 — 45 минут — 19,19. Среди медицинских мероприятий, выполненных в отделении,

пациенты отметили, что осмотр был произведен в 81,81% случаев, термометрия у 38,38% человек, измерение артериального давления у 53,54% респондентов, столько же больных указало на взятие крови для исследования (53,54), электрокардиография у 54,55% анкетированных.

Всем анкетированным предлагалось ответить на вопрос: «Удовлетворены ли Вы работой приемного отделения?» Были получены следующие результаты: 91,92% - удовлетворительно. В заключение анкетированным предлагалось оценить организацию работы приемного отделения в целом. Так, по сравнению с опытом прошлых лет, 44,44% анкетированных ответили, что организация работы не изменилась, 21,21% отметили, что она улучшилась. Однако треть респондентов (34,34%) указали на ухудшение обслуживания в приемном отделении.

**Выводы:** исходя из проделанной работы, мы установили, что:

- в отделениях выполняются основные положения нормативного документа, а именно, Приказа Комитета по здравоохранению Мингорисполкома № 613 от 15.10.2004 г.;
- работой приемных отделений большинство анкетированных удовлетворены (91,921%), но при сравнении с опытом прошлых лет только в 21,21% случаев были отмечены изменения в организации работы в лучшую сторону;
- общаясь с врачебным персоналом приемных отделений, было отмечено, что интенсивность работы очень высокая и поэтому определенные негативные моменты работы не исключаются.

## **ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА**

*Емельянчик Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель: д.м.н. Басинский В.А.*

Опухолевое поражение сердца представляет собой малоизученную область клинической медицины, что объясняется редкостью данной патологии, чрезвычайным полиморфизмом клинической картины и сложностью прижизненной диагностики. Каждое наблюдение первичной опухоли сердца имеет несомненный теоретический и практический интерес.

Приводим собственное наблюдение: Больная Г., 57 лет, поступила в неврологическое отделение с жалобами на боли в правой руке, нарушение артикуляции, речи, выраженную общую слабость. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия, миксома левого предсердия. В 2003 г. перенесла инфаркт головного мозга в правой каротидной системе. Неврологически дизартрия, асимметрия носогубных складок, спастический гемипарез слева, сухожильные рефлексы S>D, ЭХО-энцефалография- смещений нет. При УЗИ сердца: В левом предсердии определяются объемное образование 72 x 42 мм, широко прикрепленное основанием к средней трети межпредсердной перегородки и пролабирующее в систолу в полость левого желудочка (на 1/3 объема левого желудочка), вызывающее явления стенозирования митрального отверстия. При компьютерной томографии головного мозга: нет возможности для дифференцировки между ишемическим инсультом и тканевым образованием. В стационаре состояние без улучшения, и на 14 сутки после госпитализации больная скончалась. Заключительный клинический диагноз: Миксома левого предсердия; ИБС: аритмическая форма, мерцательная аритмия (постоянная форма), атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий, аорты НПБ. Повторный инфаркт в

вертебро-базиллярном бассейне. Церебральный атеросклероз АГ II риск IV. Двусторонняя бронхопневмония. Отек легких. Отек мозга.

Из протокола вскрытия: Сердце увеличено в объеме, массой 540 г, толщина стенки правого желудочка 0,5 см, левого желудочка 0,8 см, полости расширены. В просвете левого предсердия узел 8 x 4 x 4 см на ножке, серо-коричневый на разрезе, с участками ослизнения. В верхушке узла очаг рыхлой консистенции с геморрагиями до 0.5 см. Узел опускается, прикрывая просвет митрального отверстия. Эндо- и миокард без особенностей. Слабо выраженный атеросклероз аорты, сердца, головного мозга. Селезенка 90 г, с постинфарктным рубцом. Печень с мускатным рисунком на разрезе, весом 1500 г. В области подкорковых ядер левого полушария головного мозга участок серо-жёлтого цвета с множественными мелкоточечными геморрагиями, справа в основании мозга, ближе к подкорковым ядрам - киста диаметром 0,8 см. При гистологическом исследовании в сердце выявлена полиморфноклеточная низкодифференцированная саркома с обилием митозов и обширными участками некрозов. Среди опухолевой ткани сохраняются фрагменты мышечных волокон с поперечной исчерченностью. В головном мозге выявлено очаговое разрастание миосаркомы с некрозами, кровоизлияниями, перифокальным отеком. В легких - гнойная бронхопневмония, гемосидероз.

Патологоанатомический диагноз. Опухоль левого предсердия с пролабированием в митральное отверстие и левый желудочек (гистологически-полиморфноклеточная рабдомиосаркома). Метастазы саркомы в головной мозг. Отек и набухание вещества головного мозга. Недостаточность сердца. Миогенная дилатация полостей сердца. Бурая индурация легких, мускатная печень, цианотическая индурация и постинфарктные рубцы почек и селезенки. Клинико-анатомический эпикриз: 57-летняя больная страдала миосаркомой левого предсердия с пролабированием опухолевого узла в митральное отверстие. Причиной её смерти стала прогрессирующая недостаточность сердца и метастаз опухоли в вещество головного мозга. Особенностью данного наблюдения является наличие злокачественного варианта опухоли с метастазированием в вещество головного мозга. Длительность процесса в данном наблюдении позволяет предполагать первичное возникновение в сердце рабдомиомы с последующей малигнизацией новообразования.

## **ХМЕЛЬ КАК КОМПОНЕНТ ПИВА И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК, ПРИМЕНЯЕМЫХ В НАРКОЛОГИИ.**

*Еников П.А., Курбат М.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

Хмель (*Humulus Lupulus L.*) - семейство Cannabaceae (пивной хмель, хмельной цвет, хмельная шишка) – многолетняя двудомная вьющаяся лиана с одним или несколькими однолетними побегами.

Как дикорастущее растение, хмель широко распространяется в лесной зоне умеренного климата Евразии.

Химический состав:

Сухие соцветия содержат:

4-14% полифенолов (фенольные к-ты, флавоноиды, катехины, проантоцианидины);

5-26 % - горькие кислоты ( $\alpha$ -кислоты (гумулон, когумулон, адгумулон)),  $\beta$ -кислоты и продукты их окисления).

0,2-1,8 % - эфирные масла (мирцен, кариофилленгераниол, линалол, борнеол), кумарины, дубильные вещества.

Фармакологические свойства и применение. Соцветия хмеля – официальное лекарственное сырье в Белоруссии, России, Украине, странах Западной Европы, Мексике, США, а в Японии – безрецептурное лекарство для лечения депрессии и активизации пищеварения.

С VIII в н. э. соцветия хмеля используются при изготовлении пива, которое содержит большое количество их экстрактивных соединений.

В справочниках по народной медицине указано применение соцветий хмеля для стимуляции секреторной и моторной функции желудка, в качестве успокаивающего, противовоспалительного и мочегонного средства. Соединения хмеля оказывают спазмолитическое действие ( $\alpha$ -кислоты (гумулон, когумулон, адгумулон)).

Влияние флавоноидных компонентов (ксантохумол) заключается в ингибировании опухолей на ранних стадиях.

В народной медицине используют ванны с хмелем для лечения гинекологических нарушений.

Ксантохумол и его производные могут использоваться в качестве антиинфекционных препаратов широкого спектра действия, действующих на ряд бактерий, вирусов, грибов и малярийного плазмодия.

Однако следует отметить, что данные свойства компонентов хмеля, присутствующих в пиве, не обеспечивают медицинского эффекта при употреблении этого напитка.

#### **Литература:**

1. Нужный, В.П. Пиво: химический состав, пищевая ценность, биологическое действие и потребление / В.П. Нужный // Вопросы наркологии. – 1997. - №4. – с. 68-76.
2. Гриффит, В. Витамины, травы, минералы и пищевые добавки / Гриффит В. // Справочник. Перевод с английского. – Москва, 2000. – 1056с.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ 1904-1905 гг.**

*Епифанов М.И., Мартынюк С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

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

В начале Русско-японской войны 1904-1905 гг. Главное управление *Российского общества Красного Креста* (РОКК) обратилось к населению с призывом о сборе средств на организацию частных санитарных отрядов и лазаретов. На добровольные пожертвования в 1904 г. было организовано около 160 летучих *санитарных отрядов* (СО), санитарных поездов, лазаретов и госпиталей, в общей сложности на 38 тыс. коек.

Прибывшие в зону военных действий СО придавались *передовым перевязочным пунктам* (ПП), *главным перевязочным пунктам* (ГПП) и нередко - *полевым подвижным госпиталям* (ПГ), т. е. развёртывались в 3—10 верстах от передовой. Командовали всеми подразделениями медико-санитарной службы строевые офицеры.

Рассмотрим деятельность медицинской службы на примере битвы за крепость Порт-Артур. В самой крепости располагался ряд как военных, так и гражданских лечебных учреждений. Порт-Артурский сводный полевой госпиталь (главный врач Н.С.Протопопов) на 430 мест во время войны был расширен до 640 мест. Ко дню сдачи крепости в нем находилось около 1300 раненых. Всего через этот госпиталь прошло

свыше 6000 человек, летальность составляла 12%. Служащих морского ведомства обслуживали портовый лазарет на 50 мест, лазарет Квантунского флотского экипажа на 200 мест и недостроенный морской госпиталь, доведенный до 600 мест. За время осады в нем лечилось около 1800 человек, летальность (при большом числе тяжелораненых) доходила до 11,91%.

В Порт-Артуре находились также три плавучих лечебных заведения - военно-госпитальные суда «Казань», «Ангара» и госпитальное судно «Монголия». На «Казани» имелось 300 мест для больных, но, кроме 1177 больных, она приняла еще 180 раненых. Умерло 26 больных, главным образом от дизентерии. «Ангара» предназначалась для приема раненых. Всего было принято 350 человек, из них 267 раненых, умерли трое.

«Монголия» имела лазарет на 200 мест, операционную, три перевязочные и рентген-кабинет (в береговых лечебных заведениях Порт-Артурского флота рентгеновских аппаратов не было). Это судно выходило в море один-единственный раз — 28 июля 1904 г. во время второй неудачной попытки прорыва порт-артурской эскадры во Владивосток, но вернулось в порт. Всего «Монголия» приняла 921 пациента, в т. ч. 720 раненых, умерло 146 человек (15,85%).

Согласно ст. 775 Свода военных постановлений, во время войны при каждой пехотной дивизии учреждались 8 полевых госпиталей — 4 подвижных и 4 запасных. По нормам военного времени крепостные госпитали должны были иметь «на каждые восемь человек гарнизона одно место для больного».

Огромную роль в помощи раненым и больным оказало общество Красного Креста, а также героизм и самопожертвование русских медиков. Медицинскую помощь раненым и больным в Порт-Артуре оказывал большой отряд врачей и фельдшеров. Им помогали 16 студентов выпускных курсов Военно-медицинской академии и медицинского факультета Московского университета, а также персонал Св. Георгия, Кронштадтской и Касперовской общин Красного Креста.

За весь период войны умерло от ран: русских — 3,7 на 100 раненых; японцев — 6,6 на 100 раненых. Подверглись лечению: русских — 358400, японцев — 314000. Умерло от болезней: русских — 9300 — 2,6% от общего числа больных; японцев — 27200 — 8,1% от общего числа больных. У русских — 1 умерший от болезней на 3,6 убитых и умерших от ран; у японцев — 1 умерший от болезней на 2,2 убитых и умерших от ран 11.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют хорошей и оперативной организации медицинской службы во время русско-японской войны 1904–1905 гг.

## **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЦЕНТРЕ**

***Епифанов М.И., Еременко М.Ю.***

*Гродненский государственный медицинский университет*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель — д.м.н., проф. Дубровицк О.И.*

Лечение гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, является одной из наиболее сложных проблем экстренной хирургической гастроэнтерологии. В последние годы появились новые неожиданные факты, подтверждающие актуальную проблему оказания экстренной помощи и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК). Частота язвенных ГДК в Республике Беларусь увеличилась за последние 10 лет на 43%, произошел патоморфоз язвенной болезни, она протекает тяжело, упорно и более склонна к осложнению кровотечением (А.В. Шотт и соавт.,

2003). С целью улучшения диагностики, оказания экстренной помощи, совершенствования и оптимизации методов лечения больных с язвенными ГДК, предпринято настоящее исследование. На базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно» проведен анализ 1099 историй болезни больных с данной патологией и обобщен результат диагностики и лечения язвенных кровотечений в зависимости от тяжести состояния.

**Материал и методы.** В специализированный городской центр ГДК с мая 2002 по 2007гг. госпитализировано 1099 больных с язвенными ГДК. По экстренным показаниям доставлены машиной скорой помощи 698 (63,5%), из других больниц – 124 (11,3%), обратились сами 66 (6,0%), из поликлиник города 151 (14,9%), из района 31 (2,8%) и прочие направления 29 (2,6%). Мужчин было госпитализировано 810 (73,7%), женщин – 289 (26,3%). В возрасте до 25 лет поступило – 121 (11,0%), 26-39 лет – 136 (12,4%), 40-59 лет – 465 (42,3%) и старше 60 лет – 377 (34,3%). В реанимационное отделение госпитализировано 243 (22,1%) больных, в хирургическое отделение 856 (77,9%).

В сроки до 6 часов от начала кровотечения госпитализировано 434 (39,5%) больных, от 7 до 24 часов – 278 (25,3%) и после 24 часов – 387 (35,2%).

**Результаты и обсуждение.** Всем пациентам при поступлении в приемный покой выполняется эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС). Состоявшееся кровотечение диагностировано у 604 (54,9%) больных, продолжающееся на момент осмотра у 495 (45,0%). При продолжающемся кровотечении устанавливается источник кровотечения, предпринимаются соответствующие методы эндогемостаза и другие лечебные мероприятия для достижения временной или окончательной остановки кровотечения. Параллельно проводятся лабораторное исследование крови, и необходимые инструментальные и аппаратные методы обследования. Лечебная тактика включает эндоскопический гемостаз, выполняемый всем больным с продолжающимся кровотечением, нередко комбинацией методик эндогемостаза до достижения стабильного гемостаза. Метод и техника проведения эндогемостаза избирается в зависимости от определения кровотечения по Forrest.

Всего эндогемостаз проведен у 859 (78,2%). При нестабильном гемостазе или рецидиве кровотечения предпринимается попытка повторного эндогемостаза в ближайшие часы. Повторный эндогемостаз выполнен у 217 (25,3%). Продолжающееся интенсивное кровотечение у больных с тяжелой степенью кровопотери является абсолютным показанием к экстренной операции. Оперативному лечению на высоте кровотечения подвергнуто 12 (1,1%) больных, летальных исходов не было.

**Выводы.** Следует заключить – лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях специализированного центра позволяет накопить и обобщить опыт, а также оптимизировать и совершенствовать лечение больных данного профиля.

## **ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗОБРАЖЕНИЙ НЕКОТОРЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ НА ПРОФИЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАММАХ ГОЛОВЫ**

**Епихин А.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Курс судебной медицины*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Анин Э.А.*

С целью облегчения поиска и сравнительных исследований электрорентгенограмм профиля головы человека, была определена частота



встречаемости выделяемых в рентгенологии и остеологии вариантов некоторых анатомических образований головы человека.

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

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

По пневматизации пазухи лобной можно подразделить на 4 степени; 1) хорошая; 2) умеренная; 3) слабая; 4) пневматизация полностью отсутствует. Хорошая пневматизация встречалась у мужчин 28/80, у женщин 26/80 и 26/80, соответственно, отсутствовала 30/80 и 28/80.

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

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

По пневматизации пазухи основной кости можно выделить: 1) отсутствие пневматизации (1/80; 2/80); 2) пневматизации передней трети (14/80; 4/80); 3) пневматизация до уровня середины дна турецкого седла (48/80; 24/80); 4) пневматизация до уровня задней стенки турецкого седла (28/80; 38/80); 5) пневматизация всей пазухи и спинки турецкого седла (20/80; 12/80).

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

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

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

# ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВООРУЖЁННЫХ КОНФЛИКТОВ

*Еременко М.Ю., Кудло В.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Военная кафедра*

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

Проблема социально-психологической адаптации лиц, побывавших в экстремальных условиях деятельности, включающая оценку вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов, становится в настоящее время особенно актуальной. Это связано с тем, что в странах СНГ, как и во всем мире, участились стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты. Имея своеобразный жизненный опыт, они представляют собой такую категорию населения, которая нуждается в особом подходе. На первый план выходит вопрос о необходимости адаптации к новым условиям, о перестройке психики на мирный лад.

Война оказывает многообразное воздействие на психику, личность и поведение военнослужащего. Для отдельных ее участников война является своеобразным «моментом истины, «главным событием жизни», постижением смысла своего бытия на Земле. Однако, если можно так выразиться, война больше «специализируется» на том, чтобы ломать, а не созидать. К сожалению, человеческое существо весьма уязвимо перед мощными стресс-факторами войны.

Главной причиной перманентно источающейся психопатогенности войны, является то, что в бою человек вынужден действовать вопреки своей природе, наперекор могучим инстинктам самосохранения, игнорируя потребности собственного организма, во имя надличностных, социальных целей и интересов.

В результате психотравмирования происходит нарастание специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию.

Психологические изменения у ветеранов войны могут наблюдаться в виде отдельных разрозненных симптомов, в виде более или менее взаимосвязанных проявлений и в виде синдрома – посттравматического стрессового расстройства.

Психика людей, перестроенная под потребности боя, оказывается неприспособленной к мирной обстановке, к стандартным ценностям общества, к оценке мирными гражданами пережитых ветераном военных событий и др. В этой связи появляются возможности как дополнительной психотравматизации ветеранов, так и порождения у них неприятия существующих социальных ценностей, развития асоциальных форм поведения, ощущение того, что их просто «подставили», «использовали» для достижения политических, экономических, криминальных и иных целей и др.

При возвращении в мирную обстановку у ветеранов боевых действий актуализируется целый ряд потребностей. Эти потребности носят универсальный характер, однако они имеют чрезвычайную степень выраженности.

У большинства участников боевых действий отмечается ярко выраженное желание быть понятым, в психологической картине переживаний отмечается потребность быть социально признанными, появляется стремление быть принятым в систему социальных связей и отношений мирной жизни с более высоким, чем прежде, социальным статусом, наблюдается своеобразное «ошеломление» при столкновениях с реальностями мирной жизни, появляется снижение порогов чувствительности к социальным воздействиям.

Таким образом, психологические последствия участия в боевых действиях многообразны по содержанию, форме и динамике проявления. Закрепляясь в личностных структурах и поведении ветеранов, они определяют их поведение много лет спустя после окончания участия в военных событиях. Негативные последствия психотравмы, интегрируясь в целостный симптом, образуют клиническую картину посттравматического стрессового расстройства – патологического психического расстройства.

## **ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ И МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ)**

*Жерносек О.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра фтизиатрии с курсом профпатологии  
Научный руководитель – к. м. н., асс. Алексю Е.Н.*

Одной из причин низкой эффективности лечения больных туберкулезом является отсутствие у пациентов мотивации к лечению. В формировании у больного «установки на лечение» значительную роль играют такие факторы, как знания о своей болезни, понимание её эпидемиологической опасности для окружающих, взаимопонимание и доверие между больным и медицинским персоналом.

Цель работы: изучить информированность пациентов о своём заболевании и наличии либо отсутствии доверительных отношений между пациентом и медицинским персоналом.

Методика проведения: анонимное анкетирование 119 больных туберкулезом лёгких, находившихся на лечении в стационаре Гродненского ОПТД в 2007 году.

Среди 119-ти обследованных пациентов преобладали мужчины -104 человека. Большинство (79%) находились в возрасте от 30-ти до 59-ти лет. Уровень образования больных туберкулезом легких низкий. Преобладали лица со средним и средне-специальным образованием (79,6%). Высшее и незаконченное высшее образование было лишь у 6,8% пациентов.

Низкой остается информированность пациентов о своей болезни. Почти каждый 7-й больной не знает, какой болезнью болеет. Каждый 5-й уверен, что болезнь не заразна, а 40,6% не знают об эпидемиологической опасности туберкулеза. Каждый третий пациент не информирован о наличии, либо отсутствии в его мокроте микобактерий.

Степень доверия пациентов лечащему врачу высока: 89,8% больных в своих ответах полностью, либо частично верят лечащему врачу. Достаточно высоко и позитивно оценивается и отношение врачей и медсестер к больным. Однако обращает на себя внимание следующая ситуация. Почти в 3 раза больше больных, 14,5% против 5,1%, высказали мнение о «безразличном» отношении к ним медсестер, с одной стороны, и врачей, с другой.

Интересны данные ответов о влиянии общения с другими туберкулезными больными. У 5,2% пациентов после общения пропало желание лечиться и прием лекарств стал не полным. В то же время у 38,2% больных после подобного общения появилось желание лечиться. При достаточно высоком уровне веры в возможность излечения среди больных (у 77,4%), надо обратить внимание на 22,6% пациентов, которые либо не верят в излечение, либо не знают ответа на этот вопрос, что, вероятно, означает наличие сомнений и отсутствие веры в перспективы выздоровления.

В связи с вышеприведенными данными, больным туберкулезом легких необходима помощь профессионального психолога для формирования, коррекции и усиления мотивации к лечению.

#### **Литература:**

1. Лебедева Н.О., Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2006. – № 12. – С. 13–16.
2. Гнездилова Е.В. Скрининг-диагностика социального статуса у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 8. – С. 14-16.
3. Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А. // К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулезе // Проблемы туберкулеза. – 2000. -№ 1. -С. 4-7.
4. Богородская Е.М., Данилова И.Д., Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 3. – С. 46–64.

## **АНГЛИЦИЗМЫ В СОВРЕМЕННОМ НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ**

**Жуковец С.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель - ст. преподаватель Г.П. Пожарицкая*

Как известно, процесс обновления в лексике посредством заимствований происходит постоянно. Влияние английского языка на немецкий не ново.

Не обошли англицизмы и сферу медицины. Причины употребления заимствований в этой области различны: появление нового оборудования, новых специальностей, других преобразований, просто название старого на более «модный», новый манер. Причем, встретить англицизмы можно в любой области медицины. Приведем примеры некоторых из них:

- Low Care Station – eine Station für Patienten, die nur wenige Pflege brauchen
- Intermediate Care – eine Station, in der Patienten am Monitor überwacht werden können, jedoch keine intensive medizinische Betreuung möglich ist
- Intensiv Care – Intensivstation

При упоминании о бригаде, команде скорой помощи немцы вместо «Mannschaft» употребляют уже более привычное «das Team». Употребляется знакомое не только немцам, но и нам слово «Monitoring», в случае, если говорят об Intensive Überwachung von Herz oder Atmung. Уже достаточно долго существует такая специальность, как Pflegemanager, der sich um das Controlling für den Pflegedienst kummert. "Controlling"-типичное английское слово, что сразу видно из орфографии («С»).

Когда мы говорим об амбулатории, то употребляем наравне с «das Ambulatorium» и «die Ambulanz», главного врача называем «Chefarzt». Теперь врач в Германии «macht Visite», от английского глагола «to visit», вместо того, чтобы «Krankenbesuch machen». Примеров еще очень много (Computertomografie; die Linse вместо das Kontaktglas oder die Haftschale; AIDS, а не Erworbenes Immunodefizitsyndrom).

Таким образом, становится очевидным, что немецкий язык во всех областях современной общественной жизни заменен огромным количеством английских слов. В такой тенденции лингвисты видят опасность, поскольку немецкий язык может лишиться своей выразительности и экспрессивности, а, возможно, и вообще будущего.

Давно известно, что иностранные слова часто имеют перед родными синонимами то преимущество, что аттестуют говорящего в социальном плане более высоко. С помощью таких слов человек утверждает свой культурный и общественный авторитет, заявляет свои претензии на культурное и деловое превосходство. Их употребление диктуется желанием подчеркнуть уровень информированности о новом, современном, технически приоритетном. Этот мотив может объяснить в ряде случаев переход от немецких наименований к английским.

#### **Литература**

1. Райхштейн А.Д. Сопоставительный анализ немецкой и русской фразеологии. – М. 1980. – 141 с.
2. Снар В.П. Глагольные соматические фразеологизмы английского языка. – Нежин, 1978. – Автореф. канд. дис.
3. Степанова М.Д., Флейшер В. Теоретические основы словообразования в современном немецком языке, - М. Высш. Школа, 1984. – 264 с.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА**

***Журко А.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Юрченко В.П.*

В последние годы возрастает количество лапароскопических операций на внепеченочных желчных путях. При их выполнении важное значение имеют знания вариантов строения этих органов.

Целью работы явилось изучение вариантов строения общего желчного протока при висцеронорме и висцероптозе.

Работа выполнена на 56 органокомплексах, изъятых у трупов людей различного возраста после определения положения органов брюшной полости. Внепеченочные желчные пути на анатомическом материале изучались путем инъекции рентгенконтрастной массой с последующей рентгенографией, морфометрией и статистической обработкой.

Исследование показало, что при висцеронорме длина общего желчного протока составляла  $8,39 \pm 0,52$  см, а диаметр -  $0,68 \pm 0,05$  см. Длина супрадуоденальной части общего желчного протока -  $0,93 \pm 0,20$  см, ретродуоденальной -  $2,99 \pm 0,80$  см. Панкреатическая часть протока проходила в толще головки поджелудочной железы и ее длина -  $3,07 \pm 0,12$  см. Проток прободал стенку двенадцатиперстной кишки под углом  $65,43 \pm 2,52^\circ$ . Длина интрамуральной части -  $1,50 \pm 0,21$  см. В 22,1% случаев проток открывался в верхнюю треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки, в 66,71% - в среднюю и в 11,08% - в нижнюю треть. Угол слияния общего желчного и панкреатического протоков составлял  $65,00 \pm 2,88^\circ$ .

При висцероптозе наблюдалось увеличение длины общего желчного протока ( $11,04 \pm 0,56$  см) и его диаметра ( $1,04 \pm 0,08$  см). Достоверно увеличивалась длина супрадуоденальной части до  $3,20 \pm 0,44$  см. Отмечалось и удлинение его ретродуоденальной части ( $3,75 \pm 0,09$  см), в то время как панкреатическая часть протока укорачивалась до  $2,20 \pm 0,09$  см. При этом проток преимущественно лежал на задней поверхности головки поджелудочной железы. Подходя к двенадцатиперстной кишке, общий желчный проток прободал ее стенку под углом  $30,02 \pm 1,47^\circ$  и открывался в 70,21% случаев в верхней трети нисходящей части кишки. При подобном взаимоотношении протока с кишкой длина его интрамурального отдела увеличивалась до  $1,90 \pm 0,71$  см.

Необходимо отметить, что при висцероптозе элементы печеночно-двенадцатиперстной связки располагаются более плотно друг к другу, что создает возможность их повреждения и это должно учитываться хирургами во время операции.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ**

*Завадский П. Ч. (врач-стажёр, отд. МХГ ГОКБ)*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент*

*Иоскевич Н. Н., д. м. н., профессор*

Ишемические заболевания глаза полиэтиологичны, имеют различный патогенез и многоликую клиническую картину. Риск их развития обусловлен анатомическими особенностями микроциркуляторного русла.

Острая ишемия заднего отрезка глаза является следствием стенозов сонной и глазничной артерий, диабетической или гипертонической ангиоретинопатии, дегенеративных изменений сетчатки, травм, побочного действия некоторых лекарственных препаратов и других причин. Она проявляется в виде нарушения кровообращения в ЦАС и ее ветвях, передней и задней ишемической нейрооптикопатии и является острой формой течения глазного ишемического синдрома (ГИС). Учитывая то, что окклюзионно-стенозические поражения являются основной причиной нарушения кровообращения в сонных артериях и сосудах глаза, каротидная эндартерэктомия является патогенетически обоснованной операцией.

Цель работы: изучить эффективность каротидной эндартерэктомии (КЭ) в хирургии окклюзионно-стенозических поражений внутренней сонной артерии (ВСА) у больных с острыми ишемическими состояниями глаза.

Под нашим наблюдением находилось 11 (11 глаз) больных с острым типом течения ГИС, перенесших КЭ. Из них 10 мужчин и 1 женщина. В анамнезе у больных отмечались симптомы преходящей монокулярной слепоты (amaurosis fugax) (n=1), окклюзии центральной артерии сетчатки (n=3) и острой ишемической нейрооптикопатии (n=7). Следует отметить, что у 6 обследуемых в анамнезе были эпизоды транзиторной ишемической атаки, у 3 – малые инфаркты головного мозга.

Комплексная диагностика окклюзионно-стенозических поражений ОСА и ВСА включала исследование неврологического статуса, ЭЭГ, УЗИ сосудов шеи, ангиографию. Диагностика ишемических поражений органа зрения включала визометрию (аппарат Рота), биомикроскопию (Кова, Япония), офтальмоскопию (Heine Beta 200S, Германия), периметрию (Perimat, Япония) и тонометрию по Маклакову.

Предоперационная подготовка включала назначение ноотропных препаратов (пиррацетам), дезагрегантов (дипиридамола), средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал, реополиглюкин). Также применялись но-шпа, папаверин, эуфилин, галидор, никотиновая кислота, ксантинола никотинат, гепарин (внутримышечно и парабульбарно).

Средняя продолжительность операции составила  $58,2 \pm 6,6$  мин., среднее время пережатия сонной артерии -  $23 \pm 2,2$  мин.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. В отдалённом послеоперационном периоде у пациентов с ГИС констатировано улучшение зрительных функций в поражённом глазу. Установлено достоверное увеличение остроты зрения после операции на стороне поражения у пациентов с ОТГ с  $0,16 \pm 0,08$  до  $0,35 \pm 0,09$ .

Расширение периферических границ полей зрения на  $10^0$  и более выявлено в 7 случаях, исчезновение абсолютных скотом у 5 пациентов.

Выводы: 1) Учитывая, что наиболее частой причиной нарушения зрительных функций у пациентов с ишемическими состояниями зрительного нерва и сетчатки является патология экстракраниального сегмента сонных артерий, КЭ является патогенетически обоснованной операцией. 2) Проведение КЭ обеспечивает улучшение зрительных функций и предупреждает развитие инфаркта головного мозга.

## **РАНЕНИЯ ВЕК. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ.**

*Завадский П. Ч.\* (врач-стажёр, отд. МХГ ГОКБ),*

*Матвеев Е. А. (5 курс, ЛПФ)*

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент*

*\*Гродненская областная клиническая больница*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

В настоящее время врачам-офтальмологам нередко приходится сталкиваться с глазным травматизмом. Благодаря значительным достижениям современной медицинской науки вообще и офтальмологии в частности, показатель инвалидности в результате травмы органа зрения существенно снизился, однако ещё нередки случаи тяжёлого исхода.

Травмы век – основная патология, требующая восстановительной хирургии [2]. При кажущейся простоте хирургического вмешательства, существует много скрытых проблем, ведущих к нарушению функций органа зрения, возможному развитию целого ряда осложнений, которые должен учитывать хирург [1, 3].

Разработка методик хирургического вмешательства на веках, способных достигать длительного результата и сводящих вероятность развития осложнений к минимуму, является актуальной проблемой современной офтальмологии [2].

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения ранений век у пациентов, находившихся на лечении в отделении микрохирургии глаза УОЗ “ГОКБ” в 2007 году.

Под нашим наблюдением находился 41 пациент (45 глаз) с ранениями век, на стационарном лечении, и 127 больных (136 глаз) получивших хирургическую помощь амбулаторно. Среди 168 пациентов, 132 – лиц мужского пола (78,6%) и 36 (21,4%) – женского. Дети в возрасте от 1 года до 17 лет составляли 11,3% (19 больных). Средний возраст пациентов составил  $34,9 \pm 5,7$  года.

По механизму повреждения раны век были: 1) ушибленные (81%); 2) резаные (11,3%); 3) рубленые (1,2%); 4) колотые (4,8%); 5) укушенные (0,5%), огнестрельные (1,2%). По клиническим проявлениям раны век делились следующим образом: 1) линейные (57,1%); 2) звездчатые (7,7%); 3) лоскутные (17,9%); 4) скальпированные (11,9%); 5) с истинным изъёмом тканей (5,4%). В 11,3% ранения век сочетались с проникающим ранением глазного яблока, которое требовало проведения оптико-реконструктивной операции для восстановления целостности оболочек глаза.

Хирургическая обработка ран век проводилась дифференцировано и зависела от наличия сопутствующей патологии и морфологии раны.

При ранах века с повреждением свободного края сперва накладывался шов на межреберный край века в месте его разрыва, а на остальную часть раны накладывались наложения "двухэтажные" швы (наружные кожно-мышечные и внутренние тарзо-конъюнктивальные).

Хирургическая обработка сквозных ран века с повреждением нижнего слезного канальца начиналась с определения места нахождения отверстия, принадлежащего медиальному отрезку разорванного слезного канальца, что осложнено в условиях уже развившегося отека поврежденных тканей века. Эту задачу мы решали путем введения через верхнюю слезную точку специального штопорообразного зонда. С помощью металлического "Г"-образной формы зонда, введенного через нижнюю слезную точку, соединялись концы и сшивались стенки разорванного слезного канальца.

Частота послеоперационных осложнений в целом составила 11,3%: гипостезия (3%), птоз (1,2%), лагофтальм (1,2%), эверсия нижней слезной точки (0,6%), эктропион (2,4%), энтропион (2,4%), что соответствует усредненным литературным данным.

Выводы: дифференцированный подход в хирургическом лечении ранений века, включающий профилактику осложнений, является решением проблемы медико-социальной реабилитации пациентов с косметическими дефектами в области глазницы и способствует возвращению их к активной жизненной позиции.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕВИЗИЯ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ПОДУШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ**

*Завадский П. Ч. \*, Матвеев Е. А.*

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент, Солодовникова Н. Г., ассист. кафедры*

*\*Гродненская областная клиническая больница*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Синустрабекулэктомия, предложенная более трёх десятилетий назад, до настоящего времени остаётся самой часто выполняемой антиглаукоматозной операцией как в мире, так и в Республике Беларусь.

Эффективность и длительность гипотензивного эффекта синустрабекулэктомии напрямую зависит от процесса формирования фильтрационной подушки (ФП), нарушение которого связано с обструкцией внутренней фистулы, кистой тенной капсулы и, зачастую, субконъюнктивальным фиброзом. Решение проблемы активного формирования ФП после операций фистулизирующего типа является актуальным вопросом современной офтальмохирургии.

Цель работы: проанализировать результаты ревизии ФП у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) после проникающей синустрабекулэктомии с базальной иридэктомией, находившихся на лечении в МХГ УОЗ "ГОКБ".

Под нашим наблюдением находилось 9 больных (9 глаз) из отделения МХГ УОЗ "ГОКБ" с ПОУГ, у которых после выполненной антиглаукоматозной операции появились признаки несостоятельности фистулы. К последним мы относили плоскую, инъецированную ФП и крупные канатовидные сосуды на ней.

Среди больных было 5 мужчин (55,6%) и 4 (44,4%) женщины. Средний возраст составил  $52,3 \pm 4,5$  года.

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1) контрольная (n=4) (проводился пальцевой массаж прооперированного глаза); 2) опытная (n=5), проводилась ревизия ФП в связи с наличием мелкой передней камеры, неуверенности в адаптации краёв конъюнктивальной раны.

Диагностика включала визометрию (аппарат Рота), биомикроскопию (Kowa, Япония), офтальмоскопию (Heine Beta 200S, Германия), периметрию, гониоскопию, тонометрию, эластотонometriю и эластотонографию.



Показатели внутриглазного давления на 3 сутки после операции составляли  $32,1 \pm 0,2$  и  $31,7 \pm 0,3$  мм рт. ст. в 1-й и 2-й группах, соответственно.

Пациентам из 2-й группы под инстилляционной анестезией проводилась ревизия ФП. В шприц объемом  $1 \text{ см}^3$  с тонкой иглой (27 G) набирался 1% раствор дексазона. Под контролем щелевой лампы игла вводилась под конъюнктиву. При продвижении под конъюнктивой осуществлялась подача жидкости (гидросекция сращений). При отсутствии эффекта процедура однократно повторялась через 1-2 суток.

Показатели ВГД на 7 сутки после операции составляли  $31,2 \pm 0,2$  и  $20,8 \pm 2,1$  мм рт. ст., соответственно.

Выводы: активное формирование ФП с гидродиссекцией конъюнктивально-склеральных и склеро-склеральных сращений на фоне блокады фистулы позволяет: 1) существенно повысить процент стойкой нормализации ВГД при фистулизирующих операциях; 2) снизить послеоперационный койко-день и затраты на дополнительное медикаментозное обеспечение.

## **ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ УВЕИТОВ**

*Завадский П. Ч.\**

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент*

*\*Гродненская областная клиническая больница*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Воспалительные заболевания являются самой распространенной глазной патологией. Увеиты представляют собой тяжелые воспалительные процессы в глазу, наиболее часто встречающиеся у лиц молодого возраста и нередко заканчивающиеся резким снижением зрительных функций или слепотой. В связи с этим, актуальность вопросов лечения увеитов различной этиологии является общепризнанной.

Этиология рассматриваемой группы заболеваний в ряде случаев остаётся неизвестной, поэтому основным способом их лечения является патогенетически направленный. Учитывая отрицательные эффекты кортикостероидов (повышение ВГД, активация оппортунистической инфекции, развитие кератопатии), применение инъекционных форм нестероидных противовоспалительных средств представляет научный и практический интерес.

Цель работы: оценить терапевтическую эффективность инъекционной формы ацетилсалициловой кислоты в лечении и профилактике увеитов.

Опытную группу составили 14 больных с увеитом (20 глаз), которые в качестве противовоспалительного препарата получали 0,3 мл 1% раствора ацетилсалициловой кислоты субконъюнктивально. Контрольную группу составили 25 пациентов (31 глаз), которые получали 0,5 мл 0,1% раствора дексазона парабюльбарно.

Структура глазной патологии в обеих группах была сопоставимой и для обеих групп суммарно составила: травматические увеиты (11,7%), послеоперационные (66,7%), инфекционно-аллергические (13,7%) и увеиты при системных заболеваниях (7,9%). Средний возраст пациентов составил  $45,5 \pm 5,4$  года. Из них 53,8% - женщины и 46,2% - мужчины.

Диагностика увеитов проводилась согласно общепринятым стандартам. Обследование больных проводилось на 1-е и 7-е сутки лечения.

На 7 сутки лечения в опытной группе получилось добиться более раннего купирования всех признаков увеита (цилиарная болезненность, смешанная инъекция, признаки экссудации). В опытной группе средний койко-день был на 6,2 короче, чем в контрольной. У пациентов опытной группы с симптомами увеита, развившимися после

экстракции катаракты, не было зарегистрировано ни одного случая повышения уровня ВГД, развития кератопатии. В контрольной группе последнее составило 23,8%.

Выводы: 1) применение ацетилсалициловой кислоты имеет преимущества перед препаратами группы глюкокортикостероидов; 2) противовоспалительная действие инъекционной лекарственной формы ацетилсалициловой кислоты наиболее эффективно при назначении на ранних этапах; 3) с целью потенцирования противовоспалительного действия возможно комбинированное назначение инъекций 1% раствора ацетилсалициловой кислоты субконъюнктивально и 0,1% дексazona парабульбарно.

#### **Литература:**

1. Гюрджян Т. А., Дудич О. Н./ Опыт применения инъекционной лекарственной формы кислоты ацетилсалициловой в лечении и профилактике воспалительных процессов в глазу./ Сборник статей VII съезда офтальмологов Республики Беларусь [Минск, 23-24 ноября 2007 г.] – с. 142-147

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКАПСУЛЯРНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ НА ГЛАЗАХ С ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ**

*Завадский П. Ч. \*, Матвеев Е. А.*

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент; Солодовникова Н. Г., ассист. кафедры*

*\*Гродненская областная клиническая больница*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС) является фактором риска повышения внутриглазного давления у больных катарактой, как в ходе операции, так и в раннем послеоперационном периоде. В отсутствие профилактической терапии, спустя 6-8 часов после операции, в 55% уровень офтальмотонуса превышает базовый. По обобщённым литературным данным, распространённость сочетания катаракты и псевдоэксфолиативного синдрома составляет от 40 до 85%.

В настоящее время проблема профилактики повышения внутриглазного давления после экстракапсулярной экстракции катаракты (ЭЭК) на глазах с псевдоэксфолиативным синдромом остаётся нерешённой.

Цель работы: проанализировать результаты хирургического лечения катаракты с использованием факотрабекуласпирации на глазах с псевдоэксфолиативным синдромом.

Под нашим наблюдением находилось 42 больных (42 глаза) со зрелой старческой катарактой, находившихся на лечении в отделении МХГ УОЗ "ТОКБ". Среди них 13 мужчин (30,9%) и 29 (69,1%) женщин. Средний возраст пациентов составил  $67,8 \pm 2,4$  года.

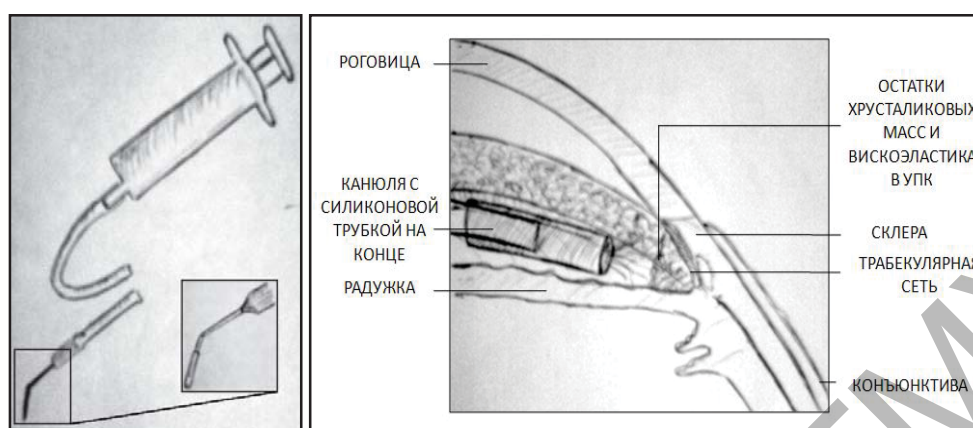
Все больные были разделены на 2 группы: 1) выполнялась ЭЭК+ИОЛ (21 пациент); 2) ЭЭК+ИОЛ+факотрабекуласпирация (21 пациент).

Диагностика включала: визометрию (аппарат Рота), биомикроскопию (Kowa, Япония), офтальмоскопию (Heine Beta 200S, Германия), периметрию со свечой, гониоскопию, тонометрию, эластотонometriю и эластотонографию.

Острота зрения в обеих группах до операции не отличалась и варьировала в пределах от правильного светоощущения до 0,06. Показатели давления были нормальными и в среднем составили  $22,1 \pm 0,9$  мм. рт. ст..

Всем пациентам была выполнена экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ модели Т-26 по стандартной методике. Во 2-й группе по завершении операции выполняется аспирация трабекулярной зоны с помощью

специального инструмента для того, чтобы устранить ретенцию камерной влаги остатками хрусталиковых масс и остатками вискоэластика.



Инструмент состоит из шприца, соединённого с изогнутой канюлей трубкой. Конец рабочей части канюли дополнительно снабжён кожухом из силиконовой трубки, что позволяет достичь плотного контакта с тканью трабекулы и при этом избежать её дополнительной травматизации.

Повышение ВГД более 27 мм рт. ст. после операции наблюдалось у 61,9% пациентов 1-й группы, и у 14,2% - из 2-й. Острота зрения с коррекцией при выписке составила  $0,45 \pm 0,6$  и  $0,49 \pm 1,2$  для 1-й и 2-й групп, соответственно.

Выводы: факотрабекуласпирация: 1) является атравматичной для переднего сегмента глаза; 2) позволит снизить количество пациентов, нуждающихся в дополнительной коррекции внутриглазного давления после экстракапсулярной экстракции катаракты у больных с ПЭС.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Звездина Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра травматологии, ортопедии и военно – полевой хирургии  
Научный руководитель – к.м.н., доцент А.В.Калугин*

Лечение пациентов с нарушениями консолидации переломов длинных костей, несмотря на достижения травматологии последних лет, существенный прогресс фармакологии, немедикаментозных методов лечения, по-прежнему остается важной, далеко не решенной проблемой, представляющей значительные трудности в выборе способов влияния на зону костной раны, зачастую приводящей к неудовлетворительным результатам и остается актуальной для практической травматологии.

Целью данной работы является анализ результатов хирургического лечения и уточнение показаний к выбору способов оперативного лечения несросшихся переломов и ложных суставов длинных костей нижних конечностей.

Материал и методы. В данной работе проанализированы истории лечения 48 пациентов с нарушением репаративной регенерации длинных костей нижних конечностей, находившихся на лечении в ГКО СМП г Гродно в течение 1999-2007 годов (29 мужчин и 19 женщин). Возраст пациентов составил от 23 до 72 лет. При постановке диагноза мы использовали общепринятую классификацию нарушений

консолидации переломов – замедленное сращение, несросшийся перелом, ложный сустав. Обследование пациентов проводилось по общепринятым методикам, включающим клиническое, рентгенологическое, инструментальное, лабораторное и медико-статистическое. Нами выделены 4 группы пациентов, которым выполнялись вмешательства при указанной выше патологии. Так, костная аутопластика применена у 14-ти пациентов; аллопластика – у 9-ти; комбинированная – у 13-ти; компрессионный остеосинтез – у 12-ти. При выполнении костнопластических вмешательств применены как традиционные доступы и хирургические технологии, так и малоинвазивные, направленные на сохранение вновь образованной сосудистой сети.

**Результаты.** Отдаленные результаты в сроки от 7 месяцев до 2 лет прослежены у 48 -ми пациентов. Нами применялась оценочная система Маттиса. Из 14-ти оперированных пациентов с использованием аутоканей полная функция восстановлена у 13-ти (отличный результат – 75 – 95 баллов), удовлетворительный (70-75 баллов) – у одного; при применении аллотканей отличные и хорошие результаты достигнуты у 8-ми; использование комбинированной костной пластики позволило достичь отличных результатов у 13-ти; при применении КДО – у 10 пациентов.

При анализе неудовлетворительных исходов костной пластики, потребовавших повторных вмешательств, нами выделены следующие причины: рассасывание пластического материала без формирования костного регенерата (2), секвестрация (1), нагноение операционной раны было отмечено у одного пациента и после купирования процесса был получен хороший результат. При использовании аппаратного метода лечения неудовлетворительные исходы, потребовавшие снятия аппарата, отмечены у 2-х пациентов.

## **АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ**

*Зверко В.Л., Максимович Е.Н., Милош Т.С.*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – доцент Зверко В. Л.*

**Введение.** Угроза невынашивания беременности продолжает оставаться одной из актуальных медицинских и социальных проблем. Ее причины многообразны. В связи с этим, на наш взгляд, важна не только этиологическая, а и патогенетическая профилактика. Ранее проведенными исследованиями показано, что патогенетическим фактором угрозы невынашивания беременности у женщин с наличием в анамнезе факторов риска (курение, ожирение и др.) является недостаточная продукция оксида азота в эндотелии – важнейшей гомеостатической молекулы. **Целью** настоящего исследования явилось выяснение роли окислительных процессов в патогенезе угрозы невынашивания беременности.

**Материалы и методы исследований.** Исследования проведены у 26 беременных женщин (13 женщин - с нормально протекающей беременностью (контроль) и 13 женщин – с угрозой невынашивания беременности, УНБ). В свою очередь, в группе с УНБ были выделены две подгруппы: 1-я (n=6) – в сочетании с факторами риска (ФР) угрозы невынашивания (УНБ+ФР), и 2-я (n=7), у которых ФР выявлены не были (УНБ без ФР).

У всех женщин в плазме крови спектрофотометрически осуществляли исследования показателей активности окислительных процессов (продуктов перекисного окисления липидов: диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), оснований Шиффа (ОШ), а также концентрации показателей антиоксидантной защиты: ретинола и  $\alpha$ -токоферола).

**Результаты и их обсуждение.** У женщин с УНБ общей группы отмечали различия по всем исследуемым показателям, по сравнению с показателями в контроле, однако они были более выражены у женщин группы УНБ+ФР, а в группе УНБ без ФР – различий со значением показателей в контроле выявлено не было (табл.).

*Таблица.* - Активность окислительных процессов в организме беременных женщин с угрозой невынашивания беременности.

Группы	ДК ( $\Delta D_{233}$ ЕД/мл)	МДА ( $\mu$ М/л)	ОШ (ЕД/мл)	Ретинол (мМ/л)	$\alpha$ - токоферол ( $\mu$ М/л)
Контроль	1,8 $\pm$ 0,05	1,7 $\pm$ 0,11	80,9 $\pm$ 2,96	7,6 $\pm$ 1,025	23,1 $\pm$ 1,02
УНБ	2,3 $\pm$ 0,13*	2,1 $\pm$ 0,13*	113,1 $\pm$ 8,43*	6,4 $\pm$ 0,43*	19,5 $\pm$ 0,58*
УНБ+ФР	2,7 $\pm$ 0,13**	2,5 $\pm$ 0,10**	138,2 $\pm$ 11,1**	5,0 $\pm$ 0,50**	18,7 $\pm$ 0,54*
УНБ без ФР	1,9 $\pm$ 0,07	1,8 $\pm$ 0,9	90,2 $\pm$ 4,09	7,2 $\pm$ 0,23	20,7 $\pm$ 0,71

Примечание: \* - различия достоверны ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой; \*\* -  $p < 0,001$ .

Таким образом, наличие в анамнезе факторов риска (курение и др.) способствует активации окислительных процессов в организме женщины, что может рассматриваться как механизм угрозы невынашивания беременности и определяет одно из направлений патогенетической профилактики данной патологии.

#### **Литература:**

1. Зверко В.Л., Максимович Е.Н., Милош Т.С. Недостаточная продукция оксида азота как фактор риска невынашивания беременности // Тезисы докладов конференции молодых ученых, посвященной памяти профессора Г.В. Кулаго, Гродно. – 2007. – С. 206 - 207.

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ШКОЛЬНО-ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ**

*Зезюля О.Ю., Беспятых О.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – к.м.н. доцент Сивакова С.П.*

Негативные изменения в общеобразовательной системе оказывают неблагоприятное влияние на состояние здоровья детей. В общеобразовательных учреждениях школьники проводят около 70% времени. На протяжении последнего десятилетия в общеобразовательной системе увеличились объем и сложность учебной информации, значительно возросли интенсивность умственной деятельности и интеграция знаний: появились новые учебные программы и предметы. Поэтому сохранение здоровья детей требует изучения форм организации обучения, режимных моментов, совершенствования методов контроля и определения ведущих признаков здоровья [1, 2].

Увеличилась численность детей с хроническими заболеваниями и функциональными отклонениями, нарушением зрения, возросла патология со стороны желудочно-кишечного тракта, нервно-психической и эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата. «Школьно-значимая» патология формируется под воздействием неблагоприятных факторов обучения в школе, таких как умственные

перегрузки, недостаточный уровень искусственной освещенности, нерациональное питание, неправильная организация рабочего места.

При оценке расписания уроков в СШ №7, 31 и 33 г. Гродно нами было установлено, что в большинстве пятых, седьмых, девярых, десятых и одиннадцатых классов СШ №31 расписание уроков составлено без учета изменения динамики работоспособности учащихся в течение недели.

При оценке расписания занятий по ранговой шкале трудности Сивкова установлено, что распределение нагрузки не всегда рационально, максимальная нагрузка зачастую приходится на понедельник, четверг, или пятницу при шестидневной рабочей неделе.

В общеобразовательной школе сохраняется негативная тенденция в состоянии здоровья школьников. Ежегодно возрастает численность детей, относящихся к III и IV группам здоровья, число же абсолютно здоровых детей, относящихся к I группе здоровья, снижается.

Изучение структуры заболеваемости у школьников показало, что ведущей патологией, как и в предыдущие годы, остается нарушением остроты зрения (25,5%), показатель выявляемости – 21,2 случая на сто детей; на втором месте – нарушение осанки (11,8%), показатель выявляемости – 9,8 случаев на сто детей; на третьем месте плоскостопие (11,1%) и заболевания желудочно-кишечного тракта (10,0%), показатели выявляемости, соответственно, 9,2 и 8,3 случаев на сто детей. Выявляемость школьно-значимой патологии имеет прямую зависимость от «школьного стажа».

Наши исследования показали, что ухудшение состояния здоровья обусловлено, в первую очередь, санитарно-гигиеническими условиями обучения. Перегрузка школ по г. Гродно составляет 39,9%, во вторую смену занимаются 33,8% учащихся. Не имеют нормативного уровня искусственного освещения 49,8% ученических мест. Снижился процент учреждений с оптимальным уровнем санэпидблагополучия (с 13% до 10,2%) и увеличилось количество школ с тревожным и «допустимым» уровнем санэпидблагополучия, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья школьников.

#### **Литература:**

1. Динамика состояния детей школьного возраста и значение медико-биологических факторов в его формировании./ Л. Ф. Бережнов.// Вестник РАМН.- 1993- № 5.- с. 8-15.
2. Ломать Л. Н. Состояние здоровья детей в РБ/ Л. Н, Ломать, Н. И. Гулицкая.// Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2004- №4.-с. 17-30.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИАЦИОННО- ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ**

***Зиматкина О.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра психиатрии с курсом общей психологии*

*Научные руководители: д.м.н., проф. Королева Е.Г.;*

*к.м.н., доц. Ляликов С.А.*

Целью настоящей работы было изучение психологических особенностей детей и подростков с ожирением, проживающих на радиационно-загрязненных территориях.

Всего было обследовано 1902 ребенка, проживающих в радиационно-загрязненных регионах. В плане обследования были осмотры педиатра, ЛОР-врача, окулиста и невролога, а также проводилась электрокардиография и ритмография в

положении лежа и ортостазе. Кроме того, у детей и подростков комплексно оценивали психологическое состояние. Эмоциональное состояние определяли по результатам теста Люшера, работоспособность и степень астенизации по результатам теста Крепелина, типологический профиль личности обследуемых, наличие акцентуаций характера по оригинальному личностному опроснику, предназначенному для диагностики состояний и свойств личности, имеющих первостепенное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения.

В структуре выявленной патологии ожирение составило 4,6% (88 человек). В сформированной группе мальчиков 38,5%, девочек 61,5%. Возраст обследованных 11-16 лет. Группу сравнения составили 325 детей и подростков, у которых при обследовании не было диагностировано какой-либо острой патологии или обострений хронических болезней. Статистический анализ результатов обследования проводился с использованием пакета прикладных статистических программ STATISTICA 6,0.

По сравнению с детьми группы сравнения, у детей с ожирением значимо повышены показатели эмоциональной лабильности ( $P=0,045$ ) и демонстративности ( $P=0,04$ ), имеется тенденция к повышению показателей девиаций поведения ( $P=0,08$ ), психастеничности ( $P=0,07$ ), импульсивности ( $P=0,09$ ) и диссоциальности ( $P=0,09$ ). Парное сравнение показателей, оценивающих психолого-психометрические особенности, у детей группы контроля и детей данной группы выявило следующие особенности детей с ожирением: на фоне эмоциональной неустойчивости, зависимости настроения от внешних обстоятельств имеется внутреннее беспокойство, тревога за будущее и склонность все подвергать сомнению. Вместе с тем, присутствует демонстративность в поведении с импульсивностью даже при незначительных стрессовых обстоятельствах, отмечаются некоторые трудности в организации своего поведения и в соблюдении общепринятых норм и правил.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что дети и подростки с ожирением отличаются личностной дисгармоничностью с преобладанием эмоционально нестабильных черт, что в первую очередь может свидетельствовать об отсутствии у таких детей четких жизненных перспектив и планов на будущее, отсутствии уверенности в себе и своих силах. Высокий уровень демонстративности и девиаций поведения свидетельствует о сложностях в построении межличностных отношений, об отсутствии внутреннего удовлетворения от общения с окружающими людьми и т.д. Таким детям и подросткам показана психотерапевтическая коррекция с целью формирования уверенности в себе, пересмотра системы ценностей, выработки адаптивных форм поведения в социальной сфере и дифференциации мотивационных установок.

## **ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ**

***Зинович Я. И.***

*Гродненский государственный медицинский университет,  
Республика Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель: к.м.н. ассистент Матиевская Н.В.*

Иерсиниозная инфекция (ИИ) объединяет 2 инфекционных заболевания: кишечный иерсиниоз (КИ) и псевдотуберкулез (ПТ). ИИ характеризуется полиморфизмом проявлений, склонностью к генерализации, возможностью рецидивирования и хронизации. Своевременная верификация диагноза ИИ позволяет предупреждать неблагоприятные исходы, снижать частоту диагностических ошибок. Ведущим лабораторным методом верификации ИИ является серологический. Наиболее

распространен в клинической практике метод РНГА с диагностикумами к 03 и 09 сероварам КИ, и псевдотуберкулезу (ПТ). В то же время, результаты проведенных эпидемиологических исследований показали, что на территории РБ циркулируют различные серовары кишечного иерсиниоза (КИ): 03 серовар – в 60% случаев, 04 – 35%, 07 – 10%, 09 – 30% (Хватова Л.А и др., 2007). В связи с этим можно предполагать, что в ряде случаев КИ остается серологически не верифицированным.

**Цель исследования:** изучить особенности верификации диагноза ИИ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 27 случаев ИИ, пролеченных в ГОИКБ с 2004 по 2007 г. Для верификации диагноза ИИ использовались серологическое исследование сывороток крови в РНГА и бактериологические посевы кала и мочи. В зависимости от результатов серологического исследования на ИИ, все больные были разделаны на 2 группы: 1 группа - серопозитивные – 18 (66,7%) больных (средний возраст – 12,7 лет, мужчин – 12, женщин - 6) и 2 группа - серонегативные – 9 (33,3%) больных (сред. возраст – 11,5 лет, мужчин – 5, женщин - 4).

**Результаты.** По результатам РНГА, у больных 1 группы были верифицированы следующие формы ИИ: КИ, вызванный сероваром 03 – 15 (83,3%), КИ, вызванный сероваром 09 – 1 (5,6%), псевдотуберкулез – 2 (11,2%).

По уровню титров антител больные распределились следующим образом: 1:200 – 5 (03 -3, 09 – 1, ПТ – 1), 1:800 – 3 (все 03), 1:1600 – 2 (все 03), 1:6400 – 5 (03 – 4, ПТ - 1), 1:12 800 и выше получены у 3 больных с КИ 03. У одного больного с титром к КИ 03 (1:25600) выявлены антитела к КИ 09 в титре 1:400. У 9 больных были выполнены повторные серологические исследования на ИИ через 10-15 дней после первичного исследования на фоне стихания острых проявлений заболевания. Нарастание титра антител к специфическим диагностикумам было обнаружено только у 1 больного, у 8 больных отмечено снижение титра антител в 2 и более раз по сравнению с исходными показателями.

У больных с негативными ответами РНГА с указанными диагностикумами диагноз ИИ устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных. По заключительным диагнозам больные распределились следующим образом: скарлатиноподобная форма ИИ – 2, генерализованная форма ИИ - 1, кишечный иерсиниоз – 2, смешанная форма – 4. Все диагнозы имели убедительное клинико-эпидемиологическое обоснование. Результаты бакисследования кала и мочи на иерсинии были отрицательными у всех больных в обеих группах.

**Выводы.** В настоящее время основным методом верификации ИИ является серологический. Наиболее распространенным серовариантом ИИ является возбудитель КИ 03 (55,6%). Высокая частота (33%) серонегативных форм ИИ указывает на циркуляцию других сероваров ИИ, кроме вариантов, к которым стандартно определяются антитела: 03, 09, ПТ, что обосновывает разработку и внедрение в диагностическую практику более широкого спектра тест-систем к различным сероварам ИИ. Снижение активности инфекционного процесса при ИИ ассоциируется со значительным снижением титра специфических антител в динамике заболевания.



# ЭФФЕКТ ИНСТЕНОНА НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

*Зинчук Н.В., Янушко Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Т.Ю. Егорова*

Плацентарная недостаточность является ключевой проблемой акушерства и перинатологии. Возникающие метаболические расстройства влекут за собой ухудшение внутриутробного состояния плода, могут стать причиной асфиксии в родах, отклонений в неврологическом статусе ребенка, развития врожденных и приобретенных в период рождения заболеваний. Учитывая вышесказанное целью работы было оценить эффект инстенона на состояние кислородтранспортной функции крови у беременных женщин с верифицированным диагнозом хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН).

Проводилось рандомизированное исследование у 116 женщин. Все исследуемые были разделены по срокам беременности на 3 группы (19-22, 24-28, 34-38 недель). Объектом исследования служила кровь в количестве 5 мл, взятая из локтевой вены. Исследовалось кислотно-основное состояние крови, сродство гемоглобина крови к кислороду и его модуляторы. Величины  $pO_2$ ,  $pCO_2$  и pH в исследуемых пробах крови определялись при температуре 37 °С с помощью микрогазоанализатора “Synthesis-15” фирмы “Instrumentation Laboratory”. СГК оценивалось по показателю  $p50$  ( $pO_2$ , соответствующее 50 % насыщению гемоглобина кислородом), определяемого расчетным методом при стандартных и реальных значениях температуры, pH и  $pCO_2$  ( $p50_{\text{станд}}$  и  $p50_{\text{реал}}$ ). Полученные результаты обработаны при помощи стандартного пакета программ.

Установлены изменения основных параметров, характеризующих кислородтранспортную функцию крови у беременных с ХФПН по сравнению со здоровыми. Причем, выраженность этих изменений зависела от срока гестации. С увеличением срока беременности прогрессивно нарастала гипоксемия. Отмечалось увеличение показателя  $p50_{\text{реал}}$  у беременных с ХФПН на 19-22 и 24-28 неделе гестации в среднем на 7% ( $p=0,016$  и  $p=0,02$ , соответственно), в то же время не выявлено достоверных изменений данного показателя на более поздних сроках беременности. При этом показатель  $p50_{\text{реал}}$  в группе с гестационным сроком 19-22 недель был достоверно выше по сравнению с аналогичным показателем для беременных с ХФПН на 24-28 неделях. На фоне терапии инстеноном отмечено снижение степени ацидемии у пациенток с ХФПН с гестационным сроком 19-22 и 24-28 недели. Происходили позитивные сдвиги в параметрах кислородного статуса. Так, в группе беременных с ХФПН с гестационным сроком 18-22 и 24-28 недель отмечались статистически значимые увеличения насыщения гемоглобина кислородом (на 73% ( $p<0,001$ ) и 47% ( $p<0,001$ ) соответственно), рост  $pO_2$  (на 33% ( $p<0,01$ ) и 28% ( $p<0,01$ )). Данные изменения, вероятно, связаны с увеличением в ходе терапии инстеноном сродства гемоглобина к кислороду, что подтверждается снижением у пациенток показателя  $p50$  (на 7% у пациенток с гестационным сроком 18-22 ( $p<0,05$ ) и 24-28 ( $p<0,05$ ) недели беременности). В результате этих изменений происходит сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина влево, увеличение уровня оксигемоглобина и снижение значений дезоксигемоглобина. В группе женщин с ХФПН, 34-38 недель беременности получавших инстенон, подобных достоверных изменений выявлено не было. Более того, происходит сдвиг кривой диссоциации оксигемоглобина вправо. Уменьшение

сродства гемоглобина к кислороду у пациенток с ХФПН, можно расценивать в качестве компенсаторного механизма, который приводит к усилению процессов диссоциации оксигемоглобина и, как следствие, улучшению оксигенации тканей.

Таким образом, применение инстенона у беременных с ХФПН эффективно улучшает состояние кислородтранспортной функции крови. Его эффект максимален при раннем начале лечения и практически отсутствует на поздних сроках гестации. Данный факт обуславливает необходимость раннего начала терапии ХФПН.

## **ЭФФЕКТ НЕБИВОЛОЛА НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Зинчук Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор М.А. Лис*

Воздействие на патологические процессы, лежащие в основе развития гипоксии, улучшает исход дисфункции эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ). В клинической фармакологии относительно недавно появился новый класс препаратов, которые способны увеличить продукцию NO в организме, одним из которых является небиволол, новый "атипичный"  $\beta$ -блокатор, относящийся к третьему поколению, обладающий выраженными вазодилатирующими свойствами [Cockcroft J., 2004]. Целью настоящего исследования явилось изучение влияния  $\beta$ -селективного адреноблокатора небилета (небиволол) на кислородтранспортную функцию (КТФ) крови при дисфункции эндотелия у больных АГ.

Больные первой (17 больных АГ II степени, в том числе 8 мужчин) и второй (12 человек АГ III степени, 6 мужчин) групп в течение 2 недель получали медикаментозную терапию, которая включала  $\beta$ -адреноблокатор – атенол (50 мг в сутки) и ингибитор ангиотензинконвертирующего энзима – эналаприл (20-40 мг в сутки). Третью группу составили 11 больных АГ II степени (в том числе 5 мужчин), четвертую группу - 12 больных АГ III степени (5 мужчин), которые в течение 2 недель получали небиволол (5 мг в сутки) и эналаприл (20-40 мг в сутки).

Для оценки эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации использовались пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином по методике, описанной Celermajer D.S. (1992). Признаком дисфункции эндотелия считали прирост пульсового кровотока (ПК) на реактивную гиперемию менее 10% и достоверную разницу между приростом ПК на реактивную гиперемию и прием нитратов. Уровень конечных метаболитов NO – нитратов и нитритов в плазме крови определяли спектрофотометрическим методом с применением реакции Грисса (Schmidt M.H., 1995). Показатели КТФ крови определялись на микрогазоанализаторе. Для определения  $p50$  применялся метод «смешивания». Показатель сродства гемоглобина к кислороду рассчитывали при реальных значениях pH,  $pCO_2$  крови и температуры ( $p50_{\text{реал}}$  - напряжение кислорода, при котором гемоглобин крови насыщается кислородом на 50%) и его значение при pH = 7,4,  $pCO_2$  = 40 мм рт.ст. и  $t = 37^\circ\text{C}$  ( $p50_{\text{станд}}$ ).

В результате лечения небилетом и эналаприлом у всех больных АГ отмечалось улучшение общего состояния, снижение систолического и диастолического давления. После назначения небилета у больных третьей группы уровень нитратов/нитритов повысился по сравнению с исходным на 39,3% ( $p < 0,01$ ) и достиг нормальных показателей, а у больных четвертой группы - на 38,5% ( $p < 0,01$ ). При этом происходило существенное улучшение эндотелийзависимой вазодилатации в обеих исследуемых

группах, особенно у больных АГ II ст (прирост ПК на реактивную гиперемия увеличился ( $p < 0,05$ ) до уровня здоровых лиц). Применение небилета у больных АГ II ст. улучшало кислородное обеспечение, увеличивался  $pO_2$ , уменьшалось  $pCO_2$ . У больных АГ III ст. под влиянием небилета уменьшались проявления гипоксии (снижалось  $pCO_2$ ), однако  $pO_2$  изменялось незначительно. Изменения  $p50$  в большей степени зависели от исходного уровня. Так, у больных АГ II ст.  $p50_{\text{реал}}$  не изменилось, а  $p50_{\text{станд}}$  достоверно уменьшилось (на 6,3%;  $p < 0,05$ ). У больных АГ III ст. под влиянием небилета  $p50_{\text{реал}}$  увеличилось (на 9,2%;  $p < 0,05$ ), ингибитор – (на 8,3%;  $p < 0,05$ ), т.е. отмечалось нормализующее влияние небилета на сродство гемоглобина к кислороду. Таким образом, двухнедельный прием небилета оказывает не только благоприятное влияние на АД, но и улучшает функцию эндотелия, увеличивает синтез NO, положительно действует на показатели КТФ крови.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Зубель Д.С., Саванчук Т.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – ассист. Пакульневич Ю.Ф.*

**Введение.** Лечение острого панкреатита - одна из сложных проблем экстренной хирургии. Непрерывный рост больных с данной патологией, высокая частота деструктивных форм, неудовлетворенность хирургов результатами консервативных и оперативных методов лечения, высокая летальность оставляют эту проблему в числе самых актуальных в абдоминальной хирургии.

**Материал и методы.** С 1999г. по 2006г. в клинике общей хирургии находилось на лечении 2652 больных панкреатитами. Хронический рецидивирующий панкреатит диагностирован у 1059 (39,9%), острый у 1593 (60,1%), острый некротический панкреатит (ОНП) установлен у 99 больных в возрасте от 28 до 84 лет. Мужчин было 84 (84,8%), женщин 15 (15,2%). У лиц пожилого и старческого возраста среди причин ОНП преобладала желчекаменная болезнь и ее осложнения (23,3%), у пациентов молодого и среднего возраста – употребление алкоголя и его суррогатов (76,8%).

**Результаты и обсуждение.** Все больные с ОНП были госпитализированы в отделение реанимации, где проводилась интенсивная консервативная терапия. При появлении или нарастании признаков ферментативного перитонита у 70 (70,7%) больных выполнялась лапароскопия, во время которой проводились санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости с последующим перитонеальным диализом, у 39 из них данный объем операции дополнен наложением холецистостомы, у 19 пациентов, при наличии желчной гипертензии и механической желтухи, выполнялось чрезкожное чрезпеченочное дренирование желчного пузыря под УЗ-контролем. При формировании объемных образований в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке у 22 больных осуществлялись их пункция и дренирование под УЗ-контролем.

В связи с развитием гнойных осложнений, у 29 (29,3%) больных возникли показания к лапаротомии, в ходе которой осуществлялась тщательная ревизия сальниковой сумки, аспирация жидкого содержимого, некр- и секвестрэктомия, марсупиализация и дренирование сальниковой сумки. У больных с распространенным процессом для программирования санации брюшной полости формировалась лапаростома.

В послеоперационном периоде продолжалась массивная антибактериальная дезинтоксикационная и посиндромная терапия, несмотря на проводимое лечение, умерло 11 больных. Послеоперационная летальность составила 37,9%, общая – 11,1%.

Таким образом, применяемое комплексное лечение больных ОНП позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить количество гнойных осложнений и снизить летальность при этой тяжелой патологии.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ОТ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

***Зуховицкая Е.В.***

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Снежицкий В.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно*

Одну из ведущих ролей в возникновении и прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) играет избыточная активация симпатической нервной системы. Нейрогуморальная активация прямо коррелирует с тяжестью гемодинамических и клинических проявлений и прогнозом при ХСН. Поэтому наиболее эффективным методом определения параметров нейрогуморальной регуляции считается оценка показателей variability сердечного ритма (ВСР).

**Цель:** определить взаимосвязь показателей ВСР от клиничко-функционального и гемодинамического состояния больных с ХСН.

**Материал и методы.** Обследовано 110 пациентов. Из них 30 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) без ХСН (группа контроля, средний возраст  $54,8 \pm 1,8$  лет), 30 больных с дилатационной кардиомиопатией некоронарогенного происхождения (ДКМП) (группа 1, средний возраст  $43,7 \pm 1,7$  лет), и 50 больных с ишемической кардиомиопатией (ИКМП) (группа 2, средний возраст  $66,7 \pm 0,8$  лет). Всем пациентам проводилось исследование ВСР за 5-минутный интервал времени с помощью программного обеспечения «Инкарт», г. Санкт-Петербург, эхокардиографическое (Эхо-КГ) исследование сердца. Для верификации функционального класса ХСН (ФК ХСН) была использована Нью-Йоркская классификация ХСН (NYHA) и тест 6-минутной ходьбы. У больных в группе 1 и 2 была значимо ниже фракция выброса левого желудочка ФВ ЛЖ (34,5% и 39,6%, соответственно) ( $p < 0,01$ ), чем в контрольной группе. Обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6,0.

**Результаты и обсуждение.** При изучении корреляционной взаимосвязи между показателями ВСР и Эхо-КГ обнаружена обратная связь величины левого предсердия (ЛП) и правого желудочка (ПЖ) с RR интервалом, SDNN, TP, VLF. В то же время все отмеченные параметры достаточно выразительно были связаны с ФК ХСН. Наивысшая позитивная корреляция обнаружена среди ФВ ЛЖ и показателей PNN50 ( $r = +0,38$ ,  $p < 0,05$ ), RMSSD ( $r = +0,39$ ,  $p < 0,05$ ), HF ( $r = +0,41$ ,  $p < 0,001$ ). Вышеперечисленные показатели ВСР были выше у больных с ФВ ЛЖ 45% и выше, а также у больных с отношением А/Е трансмитрального кровотока 1,0 и больше по сравнению с пациентами с меньшим уровнем этого отношения. Надо отметить, что все пациенты с ФВ ЛЖ  $< 35\%$  (43 человека) имели показатель симпто-парасимпатического баланса более LF/HF  $> 1,5$ . Показатели, характеризующие активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, наблюдались выше у пациентов с ФВ ЛЖ выше 35%. В 2-х группах больных с ХСН наблюдалась достоверная корреляционная связь конечного систолического объема (КСО) с показателями ВСР: RR ( $r = -0,36$ ,  $p = 0,01$ ), SDNN ( $r = -$

0,32,  $p=0,02$ ), RMSD ( $r=-0,45$ ,  $p=0,03$ ), pNN50 ( $r=-0,47$ ,  $p=0,003$ ), TP ( $r=-0,31$ ,  $p=0,001$ ), HF ( $r=-0,43$ ,  $p=0,0004$ ). С целью определения влияния этиологии ХСН на вегетативную регуляцию сердечно-сосудистой системы проанализированы показатели ВСР у больных с ДКМП и рандомизированной по ФК и длительности ХСН группой больных из ИКМП. Группы не отличались между собой по величине ФВ ЛЖ. В исследовании не получено достоверных отличий во временных, спектральных характеристиках между обеими группами.

**Выводы:**

1. Достоверная корреляционная связь показателей ВСР (SDNN, RMSSD, HF, LF/HF) с показателями КСО и КДР свидетельствует о специфических структурно-функциональных изменениях в миокарде и вегетативной нервной системе у больных с ХСН.
2. ВСР не зависела от этиологии ХСН.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ВСР У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОНОВОЙ И ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ**

*Зуховицкая Е.В. (аспирант кафедры госпитальной терапии)*

*Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Научный руководитель: д.м.н., проф. Снежицкий В.А.*

Одну из ведущих ролей в возникновении и прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) играет избыточная активация симпатической нервной системы. Нейрогуморальная активация прямо коррелирует с тяжестью гемодинамических и клинических проявлений и прогнозом при ХСН. Поэтому наиболее эффективным методом определения параметров нейрогуморальной регуляции считается оценка показателей variability сердечного ритма (ВСР). Существенную дополнительную информацию при определении функционального состояния организма получают при проведении анализа ВСР в условиях функциональных проб и с этой целью применяют ортостатическую пробу (ОП).

**Цель исследования.** Изучить показатели ВСР у больных ХСН различной степени выраженности и изучение влияния ОП на показатели ВСР.

**Материал и методы.** Обследовано 110 пациентов. Из них 30 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) без ХСН (группа 1, средний возраст  $54,8 \pm 1,8$  лет), 30 больных с дилатационной кардиомиопатией некоронарогенного происхождения (ДКМП) (группа 2, средний возраст  $43,7 \pm 1,7$  лет), и 50 больных с ишемической кардиомиопатией (ИКМП) (группа 3, средний возраст  $66,7 \pm 0,8$  лет). Всем пациентам проводилось исследование ВСР за 5-минутный интервал времени с помощью программного обеспечения «Инкарт», г. Санкт-Петербург, эхокардиографическое (Эхо-КГ) исследование сердца. Для верификации функционального класса ХСН (ФК ХСН) была использована Нью-Йоркская классификация ХСН (NYHA) и тест 6-минутной ходьбы. У больных в группе 1 и 2 была значимо ниже фракция выброса левого желудочка ФВ ЛЖ (34,5% и 39,6% соответственно) ( $p < 0,01$ ), чем в контрольной группе. Обработка данных осуществлялась с помощью программы STATISTICA 6,0. Для оценки реактивности ВНС проводилась пассивная ОП с применением поворотного стола для тилт-теста.

**Результаты и обсуждение.** При анализе показателей ВСР до и после ОП изменения в 1,2,3 группах были статистически значимы ( $p < 0,05$ ) для следующих параметров: HR, MIN, MAX, VLF, HF, LF/HF. Направленность изменений была следующей: уменьшение величин MIN, MAX, обусловлены увеличением частоты

сердечных сокращений(ЧСС) в ответ на ОП, причем, ЧСС была достоверно увеличена в группах 2,3 и у пациентов с умеренно выраженной ХСН, что отражает частотоадаптивную реакцию при нагрузочных пробах. Из показателей спектрального анализа отмечено статистически значимое увеличение показателей LF и VLF, тестирующего уровень симпатической нервной системы, особенно в группах-2,3.

Влияние ОП на показатели ВСР проявилось в 1,2,3 группах снижением: SDNN на -23% в группе-1, RMSSD на -15% и -35%и -1,2%, соответственно, рNN50 на -90% и -74%и 35%, увеличении ЧСС в группах 2,3 (на -15% и -16%), увеличение ЧСС в группе -1 не была статистически значимой. В 1,2,3 группе отмечено увеличение показателей VLF на-14%,-162%,-67%, соответственно, LF на -37%,-66%,-29%, соответственно, статистически значимым было увеличение LF/HF на -53%,-120%,37%, соответственно, и только во 2 группе отмечалась статистически значимое уменьшение HF на -60%. Интересным является факт нелинейных изменений спектрального показателя LF/HF. Этот показатель должен был бы нарастать параллельно тяжести сердечной недостаточности, в соответствии с ростом симпатического тонуса. Но, как оказалось, он, напротив, снизился у больных с тяжелой ХСН.

**Вывод.** Изменение показателей ВСР при пассивной ОП у больных ХСН с ФК I-III, характеризуется уменьшением показателей парасимпатической нервной системы и увеличением мощности спектра низких частот ( LF,VLF,LF/HF). У больных ХСН с ФК IV снижаются данные реакции.

## **СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

***Иванцов А.В., Воробьёва Д.О., Буксанов М.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.*

Высокая частота встречаемости травм и заболеваний коленного сустава требует изучения строения и развития его элементов. Отсутствие систематизированных данных о форме и вариантах строения менисков у новорожденных детей затрудняет проведение четкой границы между нормальными и диспластическими вариантами развития коленного сустава. Целью нашей работы послужило изучение изменчивости анатомического строения менисков коленного сустава новорожденных детей. Для выполнения поставленной задачи методом макромикроскопического препарирования с последующей морфометрией исследовано 30 препаратов коленного сустава, взятых от плодов и новорожденных, умерших от асфиксии и родовой травмы. Проведенные нами исследования показали, что к моменту рождения ребенка его коленный сустав анатомически сформирован в своих основных чертах и представляет комплекс функционально единых структур. Суставные поверхности бедренной и большеберцовой костей, участвующих в образовании данного сустава,- неконгруентны. Для устранения несоответствия в полости коленного сустава между мыщелками бедренной и большеберцовой костей находятся мениски, отличающиеся большим разнообразием своей геометрической формы. Латеральный мениск по форме приближается к кругу, а медиальный имеет «С» - образную форму. Медиальный мениск по размерам больше латерального. Он имеет широкий задний рог, более узкий передний. Ширина тела переднего и заднего рогов латерального мениска одинакова. Наружный край латерального мениска имеет глубокую бороздку для сухожилия подколенной мышцы. Назначение обоих менисков проявляется в улучшении распределения массы тела, в обеспечении более равномерной смазки суставных

поверхностей синовиальной жидкостью. Как известно, мениски являются поглотителями ударов и толчков (Касьяненко В.Г., 1948; Langa 1963; Gaillard, 1966; Mayor, 1966; Лабунский Ю.В., 1967; Абельянц Г.С., 1969). Установлено, что при различных движениях в коленном суставе медиальный и латеральный мениски выполняют каждый свою функцию, которая обусловлена не только их формой, но и фиксацией. Медиальный мениск своими связками прикрепляется только к большеберцовой кости, в то время как латеральный при помощи мениско-бедренных и мениско-берцовых связок фиксируется на бедренной и большеберцовой костях, соответственно. В результате изменений формы мениска и характера его прикрепления возникает патологическая подвижность мениска, определяющая клинические проявления нестабильности коленного сустава, что является фактором риска, обуславливающим опасность повреждения мениска. Высокая лабильность и эластичность детских тканей позволяет в течение продолжительного времени компенсировать развивающуюся нестабильность или деформацию. Самые наибольшие нагрузки ткань мениска испытывает в области тела и заднего рога, т.е. в зонах наиболее прочной связи его с капсулой сустава и боковыми связками (Самойлович Э.Ф., 1991). Мениски вместе со своими связками составляют единый функциональный комплекс коленного сустава (Абельянц Г.С., 1969). Знание вариантов анатомического строения менисков коленного сустава поможет выяснению генеза их повреждения, что имеет большое значение при распознавании как свежих, так и особенно застарелых повреждений менисков, что будет способствовать сокращению продолжительности лечения пациентов в стационарах.

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНАТОМИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ**

***Иванцов А.В\*., Степура Л.И\*\*., Воробьева Д.О., Буксанов М.В.***

*\*Кафедра анатомии человека, ГрГМУ, Беларусь*

*\*\* Отделение функциональной диагностики БелНИИТО*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.*

По мере развития ребенка рост костей и оссификация их отделов представляет непрерывный процесс, что обуславливает постоянное изменение размеров, формы и структуры как оссифицированной, так и хрящевой частей кости.

С целью изучения динамики развития и формирования структурных элементов коленного сустава было проведено ультразвуковое обследование обеих коленных суставов группе детей в возрасте с 2 до 18 лет, находившихся на лечении в ортопедическом отделении БелНИИТО. Исследование проводили на цифровой универсальной диагностической ультразвуковой системе экспертного класса EN VISOR C HD (фирма PHILIPS) с помощью линейного широкополосного многочастотного датчика L 12-3.

Эхографическая картина надколенника, его структура, эхогенность и размеры зависели от возраста ребенка. У детей младших возрастных групп эхогенность надколенника низкая, эхоструктура однородная, так как он полностью состоит из хрящевой ткани. К 3 годам в надколеннике появляется ядро окостенения в виде небольшого участка средней эхогенности, которое с возрастом увеличивается в размерах, становится гиперэхогенным, дает акустическую тень и постепенно замещает всю хрящевую модель надколенника костной тканью. У детей старшего возраста и подростков надколенник на эхограмме определялся как выпуклая кпереди гиперэхогенная структура, дающая выраженную акустическую тень, которая не позволяла видеть центральные отделы коленного сустава. Собственная связка

надколенника всегда хорошо определялась под кожей между верхушкой надколенника и бугристостью большеберцовой кости в виде лентовидного образования с четкими контурами средней эхогенности. Толщина связки зависила от возраста ребенка, его физического развития и колебалась от 3 до 5 мм. Своей задней поверхностью связка лежит на передней поверхности капсулы коленного сустава и инфрапателлярной жировой подушке.

Коллатеральные связки представлены соединительно-тканными волокнами, и определялись как гипо-, средне- или гиперэхогенные линейные или лентообразные структуры, в зависимости от связки, возраста ребенка и угла падения ультразвукового луча.

При сканировании в стандартных плоскостях мениски визуализировались как гиперэхогенные структуры треугольной формы, вершина которых обращена в полость сустава. Измерялась длина основания гиперэхогенного треугольника, которая была равна толщине соответствующего рога мениска. В результате измерений получены незначительные различия в толщине передних и задних рогов (порядка до 1 мм в пользу размера передних рогов). Кроме измерения толщины рогов, мы определяли некоторые качественные характеристики, имеющие отношение к структуре мениска. Прежде всего, визуализировали четкость формы треугольной тени мениска (правильная или неправильная), чтобы дифференцировать варианты нормы в строении мениска от его аномалий развития. Во всех обследуемых случаях форма тени менисков была правильной. Структура мениска определялась как гиперэхогенная, с четкими контурами.

Крестообразные связки при исследовании не визуализировались во всех случаях, что обусловлено их топографией и гипоехогенной структурой, которая нечетко дифференцируется от окружающих тканей.

Целесообразность выбора ультрасонографии в качестве метода верификации результатов клинического скрининга обосновывается тем, что с её помощью в режиме реального времени можно получать объективные данные о структуре и размерах компонентов коленного сустава.

## **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ ЭХОАНАТОМИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

*Иванцов А.В., Степура Л.И\*., Буксанов М.В., Воробьёва Д.О.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*\* Отделение функциональной диагностики БелНИИТО*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.*

Ультразвуковая диагностика основана на принципе эхолокации, то есть излучении ультразвукового импульса и приеме сигнала, отраженного от поверхности различных тканей с различными акустическими свойствами. В последнее время стали появляться ультразвуковые сканеры высокого класса с высокочастотными и широкополостными датчиками, которые позволяют получить качественные изображения с выявлением мелких деталей, в том числе и расположенных достаточно поверхностно, что важно для изучения капсульно-связочного аппарата суставов.

Целью настоящей работы было определение информативности ультразвукового исследования для визуализации анатомических структур коленного сустава.

Нормальная анатомия сустава изучалась на 20 добровольцах, составивших контрольную группу, у которых не было отмечено патологических явлений (болезненность, припухлость, ограничение подвижности в коленном суставе).



Исследование мягких параартикулярных тканей целесообразно проводить в сравнительном аспекте в аналогичных друг другу симметричных точках и проекциях. Это позволяет не только качественно, но и количественно оценить отдельные суставные образования. При поперечном сканировании мышцы выглядели как гипэхогенные структуры. Панорамное сканирование обеспечивало визуализацию мышцы на всем ее протяжении, в том числе ее переход в сухожилие и место прикрепления к кости. Сухожилия и связки имели вид гомогенных, гиперэхогенных структур. Костные структуры поглощали ультразвуковые волны и выглядели в виде гиперэхогенной, акустически плотной структуры. Мениск визуализировался как гиперэхогенная структура треугольной формы.

Анализ анатомических структур, проводившийся у 20 добровольцев, позволил сформулировать следующее положение: комплексное ультразвуковое исследование хорошо отображает анатомические структуры коленного сустава и позволяет определить его нормальную эхоанатомию.

## **СИСТЕМЫ ОБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

*Игнатович Ю. И., Красковский Р. Л.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель- ассистент кафедры Ославский А. И.*

Целью нашей работы является изучение острого панкреатита и оценки его тяжести с помощью многопараметрических систем. Эти системы позволяют объективно оценить тяжесть острого панкреатита (панкреонекроза), выбрать оптимальную для данного больного лечебную тактику и прогнозировать исход заболевания, что и было отображено в проведенном нами исследовании. Поскольку основное значение при панкреонекрозе имеют системные патологические реакции (иммунные, сосудистые, гемодинамические и метаболические), используемые системы (шкалы) основаны на оценке именно этих процессов.

Острый панкреатит легкой степени тяжести встречается у 70—90% больных и серьезной проблемы для лечения не представляет. В связи с этим в последние десятилетия укоренилось мнение, что такое заболевание является болезнью 72 ч. Тяжелый острый панкреатит нередко сопровождается нарушением функций отдаленных органов и систем и приводит к развитию полиорганной недостаточности.

Выбор оптимальной тактики, а именно, консервативного или хирургического способа лечения, должен быть обоснован на изменении объективных показателей шкал интегральной оценки состояния пациента не однократно, а в динамике.

В нашей работе была исследована эффективность клинических шкал APACHE II, SAPS II и большого количества лабораторных показателей и сделан вывод о необходимости использования и внедрения многопараметрических систем в лечебный процесс.

В клинике хирургических болезней №1 находилось 86 пациентов с диагнозом «острый панкреатит» (по классификации Атланта 1992). При поступлении всем пациентам определялась тяжесть состояния по шкалам APACHE II и SAPS II. У 71 пациента было  $3 \pm 0.5$  баллов по шкале APACHE II и  $8 \pm 2$  баллов по шкале SAPS II. Всем пациентам, у которых значение шкал было ниже 8 по APACHE II и 15 по SAPS II, проводилась базисная терапия по принятой схеме в хирургическом отделении. При высоких значениях показателей значение шкал было выше 8 баллов по APACHE II и более 15 по SAPS II, был диагностирован тяжелый острый панкреатит, такие больные

госпитализировались в реанимационное отделение, где проводилось специализированное лечение.

Далее проводилось диагностическое определение баллов по шкалам APACHE II и SAPS II для определения динамики процесса. У 4,6% пациентов, несмотря на проводимое лечение, наблюдались отрицательная динамика и постоянно высокие показатели шкал APACHE II и SAPS II, был летальный исход. У 12,8%, которым проводилось лечение в реанимационном отделении, наблюдалась положительная динамика, они были переведены в хирургическое отделение для проведения дальнейшего лечения. У больных с легкой и средней степенью тяжести острого панкреатита (82,6%), которым проводилась базисная терапия в хирургическом отделении, наблюдалось постепенное восстановление показателей шкал к норме.

Ежедневная оценка тяжести состояния больного по шкале APACHE II не только имеет высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к операции и дифференцированного подхода в выборе режимов комплексного лечения при панкреонекрозе.

APACHE II, SAPS II имеют высокую (93,3 —97,9%) чувствительность прогностических признаков, выявляемых при стандартном обследовании больного.

#### **Литература:**

1. Светухин А.М., Звягин А.А., Слепнев С.Ю. Системы объективной оценки тяжести состояния больных. Хирургия 2002; 9: 51.
2. Корячкин В.А., Интенсивная терапия угрожающих состояний. Ст-Петербург 2002; 288.

## **ИНСТИТУТ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

***Кажина М.В., Рудько И.С.***

*УО «Белорусский государственный университет», юр. факультет,  
г. Минск; ООАО АСБ «Беларусбанк», г. Гродно*

*Научный руководитель: профессор кафедры акушерства и гинекологии,  
д.м.н. Кажина М.В.*

**Актуальность** работы связана с недостаточным правовым и медицинским опытом в области суррогатного материнства ввиду относительной новизны данного института в Республике Беларусь.

**Цель:** выявление тенденций дальнейшего распространения института суррогатного материнства на основе анализа неуточненных пунктов правового регулирования данной сферы в законодательстве Республики Беларусь; характеристика медицинской проблематики суррогатного материнства.

**Материалы и методы:** анализ и осмысление правовых актов Республики Беларусь, регулирующих общественные отношения в сфере суррогатного материнства: Кодекса Республики Беларусь о браке и семье; Постановления Совета Министров Республики Беларусь 4 ноября 2006 г. N 1470 «О существенных условиях договора суррогатного материнства»; Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь 14 сентября 2006 г. N 71 «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний к суррогатному материнству, порядок и объем медицинского обследования суррогатной матери, генетической матери и их супругов».

**Результаты и обсуждение.** Несмотря на новизну и недостаточную апробированность метода суррогатного материнства в Республике Беларусь, отмечается всестороннее освещение этой проблемы в законодательных актах с учетом правовых прецедентов Европейских стран. Имеются также некоторые прогрессивные

отличия от Российской Федерации и ряда иных государств. Так, белорусский законодатель предусматривает презумпцию материнства и отцовства генетических родителей, что является прогрессивным шагом в регулировании и функционировании данного института в Республике Беларусь. Однако в результате новизны данной сферы общественных отношений и отсутствия соответствующих прецедентов, в белорусском законодательстве существует ряд недостатков, выявление которых является мотивацией для внесения к рассмотрению в высшие инстанции государственной законодательной власти.

1. Проблема супругов. Согласие супругов суррогатной и генетической матери является необходимым условием возникновения договорных отношений, что представляет значительные затруднения в реализации права женщин на суррогатное материнство.
2. Недостаточное внимание уделено законодателем проблеме контроля за соблюдением договорных отношений суррогатной матерью, за эффективным и целевым использованием денежных средств, выделяемых генетической матерью на надлежащее протекание беременности.
3. Неясным остается вопрос об ответственности суррогатной матери при нарушении условий договора.
4. Медицинский аспект рассматриваемой проблемы заключается в уточнении списка показаний и противопоказаний к суррогатному материнству, который с правовой точки зрения носит закрытый характер. Актуальными, на наш взгляд, являются проблемы сокрытия заболеваний, включая генетические, а также нарушения медико-этической конфиденциальности.

**Выводы:** Таким образом, институт суррогатного материнства, являясь альтернативным резервом реализации репродуктивной функции женщины, одновременно является значительной актуальной проблемой законодательства. Учитывая небольшое число прецедентов, требуется юридическое моделирование возможных вариантов реализации права каждой женщины на суррогатное материнство.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ г. ГРОДНО К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.**

*Казаровец И.Г., Петрова Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – аспирант Синяк В.Г.*

Социологическое исследование, проведенное в 2006 году среди медицинских работников, показало отсутствие достаточной мотивации у представителей медицинской службы к реализации принципов формирования здорового образа жизни. Целью данной работы явилось изучение причин и тенденций в изменении поведения медицинских работников в отношении своего здоровья за прошедший год и степень их готовности к деятельности по формированию здорового образа жизни.

Объектом исследования явились специалисты здравоохранения г. Гродно. При повторном опросе половина 51% из числа опрошенных стали более внимательны к здоровью, 14% - признали расточительные отношения к собственному здоровью, 22% начали периодически проявлять заботу о здоровье, а 13% - признали отсутствие должного внимания к состоянию своего здоровья. Выяснились причины, мешающие медицинским работникам в полной мере заботиться о здоровье. Половина врачей (53%) и медицинских сестёр (58%) на первое место среди возможных причин ставят дефицит

времени. На второе место попала такая причина, как недостаток материальных средств (в среднем – в 18% случаев), особенно значимой она оказалась у медсестёр (39%). Третьей причиной, препятствующей соблюдению принципов ЗОЖ, явилось наличие более важных дел. В целом только 12% медицинских работников в качестве важной причины назвали недостаток физических и моральных сил, однако среди медицинских сестёр данная причина занимала более значительное место (19%).

На вопрос «Являетесь ли вы образцом здорового образа жизни для Ваших пациентов?» были получены следующие ответы: «Да» - от 15% всех медицинских работников, в том числе – от 15% врачей и 17% медсестёр; «Нет» - от 19% всех медицинских работников, в том числе – от 17% врачей и 19% медсестёр. Большинство претендует на роль образца поведения частично - 66% всех медицинских работников, в том числе – 68% врачей и 64% медсестёр. Оказалось, что доля курящих среди врачей составляет 28%, среди медсестер – 9%. В основном курящими (на 60%) являются мужчины.

В пропаганде здорового образа жизни среди населения регулярно участвуют 52% медицинских работников, примерно одинаково часто врачи (52%) и медицинские сёстры (58%). В основном это деятельность персонала поликлиник (64%), в меньшей степени – стационаров (43%). Причём, за советами о способах сохранения и укрепления здоровья пациенты ежедневно обращаются к 55% опрошенных медработников, к 19% - несколько раз в неделю, к 11% - 1 раз в месяц, к 10% - реже 1 раза в месяц; 5% медработников не участвуют в пропаганде здорового образа жизни. Главной причиной (в 40% случаев), препятствующей ведению пропаганды, являются загруженность другой работой (лечебной, организационной и пр.), а также пассивность населения (18%). Третьей причиной, обращающей на себя внимание, является отсутствие вознаграждения (11%).

Таким образом, чтобы медицинские работники могли эффективно влиять на формирование стереотипов поведения граждан, необходимо уровень и качество информационно-просветительской деятельности привести в соответствие с психофизиологическим и социально-экономическим состоянием и образом жизни населения. В то же время медицинский работник должен олицетворять собой образец разумной активной жизнедеятельности, направленной на сохранение здоровья [1, 2].

#### **Литература**

1. Психология личности и труда врача: Курс лекций/ Б.А. Ясько. – Ростов н/Д: Феникс, 2005.- 304 с.
2. Валеология. Конспект лекций. – Ростов н/Д: «Феникс», 2004. – 256с.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЗАЛАИН В ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

***Калейчик Ю.И., Уколова А.М.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель: д.м.н., профессор Кажина М.В.*

**Актуальность темы.** Кандидозный вульвовагинит является широко распространенным заболеванием нижнего отдела полового тракта у женщин. Исследованиями последних десятилетий выявлено значительное учащение случаев кандидозного вульвовагинита. Кроме того, актуальность проблемы вагинальных кандидозов обусловлена ростом рецидивирующих и атипичных форм данного заболевания. В связи с этим, особую важность приобретает вопрос о лечении

заболевания. Современный фармацевтический рынок переполнен самыми различными противогрибковыми препаратами. Каждый из них имеет свою область применения, свои недостатки и достоинства. Исходя из этого, при лечении вагинального кандидоза приоритетными являются интравагинальные формы антимикотических средств, которые действуют местно. Тем самым предполагается высокой эффективности малых доз лекарства и исключается системное воздействие на организм в целом, снижая риск побочных реакций. На наш взгляд, этим требованиям может соответствовать препарат Залаин (сертаконазол).

**Цель исследования.** Оценить эффективность и безопасность применения вагинальных суппозиториев Залаин у пациенток с КВ.

**Материалы и методы.** На первом этапе выполнено задание по протоколированию испытаний. Затем были определены критерии включения и исключения женщин для данного исследования. У женщин, включенных в исследование, проводилось физикальное и лабораторное обследование до и после применения препарата.

**Дизайн исследования.** Нами были обследованы 43 пациентки репродуктивного возраста: 18-25 лет – 34,8%, 26-37 лет – 39,5%, 38-45 лет -25,7%. Для лечения КВ все женщины получали Залаин – суппозиторий (300 мг 1 свеча) однократно интравагинально на ночь. Клиническую эффективность оценивали через 7 дней от начала лечения на основании динамики данных анамнеза, результатов физикальных, лабораторных и микробиологических исследований.

**Результаты и обсуждение.** Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой клинической и микробиологической эффективности Залаина (90,7%). Установлено полное отсутствие жалоб, микроскопия мазка была отрицательной, роста культуры *Candida albicans* не было. Кроме антимикотического действия, Залаин эффективен в отношении условно-патогенных микроорганизмов. Побочных эффектов и аллергических реакций не было отмечено. Препарат хорошо переносится, удобен в применении.

**Вывод.** Залаин является безопасным препаратом и может быть рекомендован для широкого использования в практике акушеров – гинекологов.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН НА МОМЕНТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Калейчик Ю.И., Уколова А.М.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Проблема искусственного прерывания беременности, к сожалению, остается актуальной и на сегодняшний день.

С целью составления медико-социальной характеристики женщин на момент прерывания беременности проведено анкетирование 248 женщин, находившихся в лечебно-профилактических организациях Гродненской и Брестской областей в июле 2007 года по поводу прерывания беременности. Среди них 71,4% городских жительниц и 28,6% сельских. Все опрошенные находились в фертильном возрасте (с 15 до 19 лет). Наиболее многочисленную группу составили женщины в возрасте 19-24 лет - 39,9%, на втором месте – возрастная группа от 25 до 29 лет (22,6%). Каждая девятая женщина (10,9%) была моложе 18 лет, 10,1% женщин - 35–39 лет и 3,2% - старше сорока. Семейный статус: процент замужних женщин составил 56,9, незамужних – 43,1.

По уровню образования мы получили следующее распределение: высшее - у 25,0% опрошенных, среднее и средне-специальное – 63,7%, базовое – 11,3%. Что касается рода деятельности, то учащиеся составили 10,9%, студентки – 13,3%, домохозяйки - 6,5%, не работающие – 10,1%, работающие – 59,2% (из них у 28,2% работа связана с умственным трудом, а у 31,0% - с физическим).

Далее нас интересовал вопрос о том, какая по счету беременность у анкетированной женщины, сколько было родов, сколько у нее детей на момент опроса и какое количество детей в семье желательно. Для 33,9% опрошенных данная беременность была первой, для такого же числа женщин – второй. 21,4% были беременны в третий раз, 7,7% - в четвертый и 3,2% - более четырех раз. Из всех опрошенных 39,5% женщин ни разу не рожали, одного и двух детей имеют 31,5% и 25,4%, соответственно, трех детей – 2%, четырех и более – 1,6%. Для подавляющего большинства (56,9%) желательное число детей в семье – двое. Интересен факт, что 7,7% опрошенных вообще не хотят становиться матерями, а только 3,6% женщин хотели бы иметь трех и более детей.

Что касается искусственного прерывания беременности в анамнезе, то 82,3% респондентов ранее не прерывали беременность, а 0,8% опрошенных прерывали беременность более трех раз. На вопрос, принимал ли участие отец ребенка в решении вопроса о прерывании беременности, 43,1% женщин ответили положительно.

Особый интерес представлял вопрос о причинах принятия решения прервать беременность. Наиболее частые ответы – материальные трудности (37,9%), необходимость продолжения работы или учебы (22,7%), достаточное число детей в семье (20,1%). Только для 13,7% опрошенных женщин причиной было состояние здоровья.

По результатам проведенного исследования можно сделать выводы о том, что наиболее часто прерывают беременность женщины 19-29 лет по причинам тяжелого материального положения и/или необходимости продолжать работу (учебу) и что по-прежнему остается высоким уровень аборт у первобеременных (33,9%).

## **ОШИБКИ В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

*Каленкович М.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – ассистент, к.м.н. Харченко О.Ф.*

Целью настоящего исследования явилось определение реальной эффективности назначения антибактериальных препаратов (АБ) врачами стационара.

Для этого нами проведен анализ 130 историй стационарного больного, которые лечились в одном из отделений ГОДБК.

Выявлены следующие закономерности:

1. Необоснованно часто назначаются АБ в комплексной терапии ОРВИ. Причины - неубедительные знания врачей этиологии ОРВИ, настойчивость родителей и их убежденность в эффективности антибактериальной терапии, недооценка нежелательных побочных эффектов.
2. Нередки ошибки при смене АБ в случае неэффективности первоначального. Как правило, назначается АБ из той же фармакологической группы, только другого поколения.
3. Ошибки в режиме дозирования и длительности курса встречались, соответственно, в 8% и 12% случаев.

4. Выявлены неточности при комбинированном применении АБ. Так, в 16% случаев больные с неосложнённой пневмонией получали два АБ, причем, в 7% случаев это была комбинация препаратов с антагонистическим действием.
5. Необоснованно часто назначались противогрибковые препараты (14%) и пробиотики (39%), причем последние без учета устойчивости к АБ.

Исходя из этого, необходимо регулярно проводить с врачами стационаров обучающие семинары по алгоритмам использования антибактериальных препаратов.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ Nd:YAG – ЛАЗЕРА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

*Каленкович М. Н., Алещик М.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Алещик И. Ч.*

Nd:YAG – неодимовый. импульсно-периодический лазер, используется контактно и бесконтактно. Глубина проникновения в ткань составляет 5-8 мм. Лазер дает хороший коагулирующий и гемостатический эффекты, асептический, менее болезненный метод.

Показания: - **со стороны носа**: ринофима, абсцедирующие фурункулы преддверия носа; гематомы и абсцессы носовой перегородки, хронические риниты, искривление носовой перегородки; носовые кровотечения; доброкачественные новообразования полости носа: невусы, папилломы, ряд факультативных и облигатных прекарцинозов (базалиома, старческая кератома, кожный рог, папилломы) и другие. Операция проводится бескровно, не требует тампонады носа, госпитализации, заживление наступает быстрее; - **со стороны глотки**: атрезия хоан, гранулезные фарингиты, гиперплазия глоточных миндалин, хронический тонзиллит, фарингомикоз, доброкачественные новообразования и кисты глотки; - **со стороны гортани**: кисты гортани, нодозные образования голосовых складок, стенозы гортани, папилломатоз гортани.

Цель работы: изучить первый опыт использования Nd:YAG –лазера.

В клинике оториноларингологии Гродненского государственного медицинского университета лазерная установка используется с 2006 года. За 2007 год было проведено по ЛОР - взрослому отделению 34 операции с использованием лазера. Мужчин было 22 (64,7%), женщин – 12 (35,3%), средний возраст  $35,8 \pm 3,4$  лет. По ЛОР - детскому отделению прооперировано 20 больных. Мальчиков было 15 (75%), девочек – 5 (25%), средний возраст  $13,3 \pm 2,2$  года. Больше всего операций было проведено по поводу хронического вазомоторного ринита (ЛОР – взрослое отделение - 73,5%, ЛОР – детское отделение - 60%). В 47% по ЛОР – взрослому отделению и 50% по ЛОР - детскому отделению лазерная вапоризация нижних носовых раковин сочеталась с риносептопластикой в связи с сопутствующим искривлением носовой перегородки. При выполнении лазерной вапоризации использовалась местная анестезия, больные хорошо переносили операцию, не наступало отека тканей, не отмечалось кровотечения, не было необходимости выполнения передней тампонады носа. Все это указывает на значительные преимущества перед другими видами воздействия на носовые раковины (вазотомия, гальванокаустика, ультразвуковая дезинтеграция).

Хороший клинический результат получен при использовании Nd:YAG - лазера в лечении аденоидов, хронического гипертрофического ринита, полипозного синусита, кровоточащего полипа носовой перегородки, папилломы и базалиомы слухового

прохода, хронической язвы ушной раковины, перихондрита ушной раковины, папилломатоза и рака гортани, хронического гнойного эпитимпанита. Таких операций выполнено по 2,9% в ЛОР – взрослом отделении.

У детей Nd:YAG – лазер использовали при кровоточащем полипе носовой перегородки (15%), носовом кровотечении (10%), папилломе слухового прохода, хроническом аллергическом риносинусите, хроническом гипертрофическом рините (по 5%).

Отмечается высокая эффективность лечения при использовании Nd:YAG – лазера при многих заболеваниях ЛОР-органов.

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

*Каленкович М.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Бронхиальная астма (БА) – самое распространенное из числа хронических заболеваний в детском возрасте. Отсутствие четких симптомов в дебюте заболевания приводит к тому, что свыше 84% случаев БА впервые устанавливается в стационаре.

В связи с этим целью исследования явилось изучение возможных факторов, оказывающих влияние на возникновение и развитие БА у детей. Единицей наблюдения явились 65 детей, состоящих на диспансерном учете в детских поликлиниках. Среди изучаемого контингента мальчики составили 64,6%, девочки – 35,4%.

При проведении обработки исходных данных по бронхиальной астме было установлено, что у детей регистрируется чаще бронхиальная астма средней степени тяжести; соотношение детей легкой и средней степени составило, как 31 к 69. Взятые на диспансерный учет сразу после постановки диагноза: при легкой степени - 70,0%, при средней степени- 55,0%; спустя месяц – соответственно, 12,3 и 26,8%. Взятие на учет по истечению 2-х месяцев, вплоть до года - 1-2% детей.

Большинство (около 80%) детей посещают школу; 86,4% имеют нормальное физическое развитие при легкой степени БА; 67,3% - при средней степени, дефицит массы тела отмечен, соответственно, в 6,0 и 9,0%, избыток массы – в 1,5 и 7,0%, низкий рост (3,0 и 4,4%, соответственно), высокий рост (3,0 и 11,9%). У всех детей нормальное психическое развитие, психомоторная сфера, интеллект, эмоциональная сфера.

При легкой степени тяжести 100% детей до взятия на диспансерный учет были здоровы; при средней степени - здоровы 78,3%, остальные взяты на учет повторно, т. к. состояли на учете по другим патологиям, из них 8,0% - по поводу обструктивного бронхита. При легкой степени 3,1% имеют приобретенную инвалидность и 11,7% - при средней степени тяжести. Около 2/3 детей (65,2%) относятся к часто и длительно болеющим. Процентное соотношение при легкой и средней степени тяжести БА по группе здоровья следующее: группа 2 - 4,6% и 10,3%; группа 3 - 87,8% и 67,7%; группа 4 - 7,6% и 22,0%.

Большинство детей родилось от первой и второй беременности. Проведение разделения срока беременности до 35 недель и после выявило, что при легкой степени тяжести все 100% детей родились в сроке от 35 недель и больше: 35-39 нед.- 67,9% 40 и больше- 32,1%. При средней степени тяжести в сроке беременности до 35 недель родилось 1,4%, 35-39 нед.-55,2, 40 нед. и больше- 43,4%. Осложнения в родах различного генеза 35,4% при легкой степени, 17,9% при средней степени. У 100% послеродовый период протекал без особенностей.



Разброс по дням выписки при легкой степени тяжести 5-12 дней, при средней степени 5-25, но наибольшее количество выписавшихся приходится на 7 день в обоих случаях 35,4% и 47,6%, соответственно.

При легкой степени тяжести 9,2% родились с весом 2500-2900, при выписке это составляет 3,0%; остальные проценты примерно в равной степени распределены между весом 3000-3400 и больше 3500. При средней степени тяжести 2,0% родились с весом 2000-2400 и 11,0% 2500-2900. Рост при рождении и выписке в пределах 50-54см. у 89,2% с легкой степенью тяжести и 81,4% - при средней тяжести. Примерно 3,0% детей имели оценку по шкале Апгар 6 баллов в обоих случаях, 8 баллов – 70,7% при легкой степени, 87,5% при средней степени тяжести. Грудное вскармливание: легкая степень тяжести - 82,7%, средняя степень тяжести - 76,9%.

При проведении учета заболеваний, которыми болели дети, участвующие в статистическом исследовании, за 3 года установлено, что имеется достаточно обширное количество заболеваний, большой процент из которых составляют заболевания дыхательных путей, большинство заболеваний являются острыми.

Таким образом, для своевременной диагностики БА у детей в условиях первичного звена детского здравоохранения, необходимо обращать внимание на информативные анамнестические симптомы.

## **МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАРТИЗАН И ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОККУПИРОВАННОЙ ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ**

*Каминская Е.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

*Научный руководитель – ст. преподаватель подполковник м/с*

*Флюрик С.В.*

Медицинское обеспечение на территории Белоруссии в годы Великой Отечественной войны можно разделить на три периода соответственно фактической хронологии событий.

Внезапное развязывание войны, превосходство противника в живой силе и технике способствовали его быстрому продвижению вглубь советской территории. Поэтому первый период был очень короткий. За два месяца войны Белоруссия была захвачена фашистами.

Начался наиболее продолжительный второй период – жизнь и борьба в условиях вражеской оккупации. На этапе его зарождения (летне-осенний период 1941 г.) медицинское обеспечение первых отрядов было слабо организовано. Остро стоял вопрос медицинских кадров. С формированием на территории Белоруссии первых партизанских отрядов и бригад, а в дальнейшем – созданием партизанских зон и установлением постоянной связи с Большой землей, значительно улучшилось их медицинское обеспечение. К концу 1942 г. среди партизан находилось уже 166 врачей. Была создана медико-санитарная служба, оборудованы госпитали и амбулатории для оказания медицинской помощи партизанам и гражданскому населению. Центральный штаб партизанского движения (ЦШПД), сформированный в мае 1942 г., Белорусский штаб партизанского движения (БШПД) – в сентябре 1942 г. оперативно реагировал на запросы командования и санитарных служб партизан, постоянно помогали медицинским имуществом, кадрами. С образованием в марте 1943 г. санитарного отдела БШПД во главе с И.А. Инсаровым и окончательным оформлением медико-санитарных служб в отрядах и бригадах деятельность по оказанию медицинской

помощи партизанам и местным жителям активизировалась. Большую помощь в обеспечении партизан медикаментами, перевязочным материалом, хирургическими инструментами оказывало непосредственно Главное военно-санитарное управление Красной Армии.

*Третий период* – освобождение Белоруссии. Для того, чтобы воспрепятствовать наступлению Красной Армии на направлениях вероятного главного удара её частей и соединений, гитлеровцы преднамеренно создавали лагеря с заключёнными в них больными сыпным тифом – своеобразный «живой заслон». В условиях чрезмерной скученности, в шалашах и землянках, под открытым небом размещались сыпнотифозные больные и здоровые люди, что превращало эти лагеря в очаги инфекции – лагеря смерти. В начале 1944 г. была создана чрезвычайная противоэпидемическая комиссия, сыгравшая важную роль в планировании и координации всех противоэпидемических мероприятий, мобилизации людских и материальных ресурсов для борьбы с эпидемиями. Перед медицинской службой впервые в истории встала задача не только не допустить заноса инфекции в войска, но и ликвидировать её очаги среди гражданского населения. Во всех противоэпидемических мероприятиях ведущую роль взяла на себя медицинская служба Красной Армии. О масштабности проведённой работы позволяют судить следующие данные. Только за январь-апрель 1944 г. военной и гражданской санэпидслужбами на освобождённой территории Белоруссии было обследовано 5740 населенных пунктов, госпитализировано в полевые госпитали и временные изоляторы от 80 до 93% выявленных больных; подвергнуто полной санитарной обработке 723 тыс. человек; построено для населения 1170 бань.

Три года белорусский народ, испытывая невероятные тяготы и лишения, вёл непрерывную борьбу с гитлеровскими захватчиками. Всего в партизанском движении участвовало 570 врачей и 2095 средних медицинских работников. В боях с захватчиками погибли более 350 медиков-партизан, всего от рук фашистов погибло около 2 тыс. медиков Белоруссии, оставшихся на оккупированной территории.

## **ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ГЕМОЛИМФЫ КИТАЙСКОГО ДУБОВОГО ШЕЛКОПРЯДА НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ЭТАНОЛА**

*Капитонов А.Э., Шляхтун А.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет,  
ГУ «Центр фармакологии и биохимии НАН РБ», Беларусь*

Создание сбалансированных по составу и оптимальных по биологическому действию БАД основано на испытаниях созданных природой живых объектов. В этой связи наименее изученным является мир насекомых и членистоногих, хотя именно среди представителей этих классов открыты наиболее сильнодействующие субстанции. Одним из наиболее актуальных вопросов наркологии является снижение токсичности алкогольных напитков, в том числе, водки. Одним из подходов является обогащение их биологически активными соединениями, например, витаминами. Нами изучено влияние одновременного введения животным этанола и экстракта гемолимфы куколок китайского дубового шелкопряда (*Antheraea Pernyl G.-M*), содержащего большой набор биологически активных компонентов, включая аминокислоты, витамины и микроэлементы.

Исследование фармакокинетики этанола в плазме крови крыс (определение этанола осуществляли методом газовой хроматографии) проводили после десяти дней внутрижелудочного введения 25% раствора этанола (1 группа), 25% раствора этанола и экстракта куколок дубового шелкопряда (2 группа) или дистиллированной воды

(контрольная группа). Непосредственно перед забором крови вводили этанол в дозе 1,5г/кг (25% раствор, в/ж) и через 30, 60, 90, 120 и 180 минут после введения отбирали образцы крови в объеме 50 мкл.

Кровь помещали в микропробирки Eppendorf на 1,5 мл с 1 мл раствора 0,6М хлорной кислоты, центрифугировали и хранили до анализа на холоду. 200 мкл надосадочной жидкости переносили во флакон объемом 14 мл, инкубировали 15мин. при 65°C и 1 мл парогазовой фазы из флакона анализировали на газовом хроматографе (Agilent 6890 Series+ с пламенно-ионизационным детектором).

Концентрацию этанола в крови в различное время после его введения использовали для расчета параметров фармакокинетики: площадь под кривой “концентрация-время” (AUC), среднее время удерживания (MRT), дисперсия среднего времени удерживания (VRT), константа элиминации (Ke), время элиминации половины введенной дозы (T1/2), кажущийся объем распределения (V), общий клиренс (CL). Для вычисления параметров фармакокинетики использовалась однокамерная модель с внесосудистым введением. Полученные данные представлены в таблице.

Таблица. Параметры фармакокинетики этанола после 10-кратного введения этанола и экстракта гемолимфы куколок китайского дубового шелкопряда.

#	AUC, mM*ч/л	AUMC, mM*ч <sup>2</sup> /л	MRT, ч	VRT	Ke, час <sup>-1</sup>	t(1/2), ч	V, л	CL, л/ч
Контроль	161.4	643.47	3.986	15.89	0.250±0.12	2.76	0.177	0.044
Этанол	150,8	674,85	4.46	19,95	0.225±0.14	3.09	0.172	0.039
Этанол+ экстракт	132.2	516.263	3.905	15.25	0.260±0.14	2.71	0.188	0.048

Таким образом, экстракт гемолимфы китайского дубового шелкопряда обладает биологически активным действием на организм. Одновременное введение этанола и экстракта гемолимфы изменяет фармакокинетику этанола, усиливая коэффициент его распределения в тканях, биодоступность, что, в конечном итоге, способствует ускорению его выведения из организма.

## ВАРИАНТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ

*Капитонов А.Э*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Экспериментальное воспроизведение любого заболевания представляет научно-практический интерес в связи с возможностью изучения патогенетических механизмов развития процесса и разработки методов лечения и профилактики.

Существующие методы моделирования поражений сердечной мышцы можно разделить на хирургические, химические, иммунологические, вирусные методы.

Хирургические методы. Для моделирования дилатационной кардиомиопатии у крупных животных применяют метод учащающей кардиостимуляции из правого желудочка, множественную интракоронарную эмболизацию микроциркуляторного русла, использование кардиотоксических агентов (доксорубицин, пропранолол, имипрамин). При учащающей кардиостимуляции навязывается ритм с частотой 180-190 в течение 21 суток, затем в течение 42 дней с ЧСС 200-210. Через 21 день отмечается снижение сердечного выброса в среднем на 10%. Множественная интракоронарная микроэмболизация осуществляется селективной катетеризацией устьев коронарных артерий и введением в них гидрогеля полиметиленлоксана с

размером частиц 90 микрон. Окклюзия возникает на уровне микроциркуляторного русла. Летальность среди экспериментальных животных достигает 30%. При реализации обоих способов достигается увеличение объемов полостей желудочков, снижение ФВ ЛЖ до 30-40%.

Для моделирования аневризмы ЛЖ используют одномоментную перевязку коронарной артерии или ее ветвей между двумя лигатурами с последующими физическими нагрузками, локальное криовоздействие на стенку желудочка, раздавливание миокарда, замещение участка миокарда верхушки ЛЖ ксено- или аллотканями. Нагрузку на миокард можно создать и моделированием коарктации восходящей или нисходящей аорты. Осуществляют локальное замораживание стенки ЛЖ с помощью аппликатора, предварительно охлажденного в жидком азоте с температурой  $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$ . Экспозиция составляет 30 – 60 сек. На месте некроза миокарда через 4 недели формируется хроническая мешковидная аневризма. Для воспроизведения аневризмы ЛЖ применяется раздавливание миокарда. Раздавляющий зажим накладывают на верхушку сердца. Непосредственно после его снятия образуется массивная интрамуральная гематома с выбуханием эпикарда и эндокарда. Микроскопически сразу после эксперимента миокард теряет характерную структуру, представляет собой кашицеобразную массу с форменными элементами крови и разрушенными миокардиальными волокнами. В поздние сроки отмечается соединительнотканная организация зоны раздавленного миокарда. В области рубца - элементы регенерации сердечной мышцы.

Химические методы несколько более разнообразны. Для моделирования кардиопатии могут применяться препараты, оказывающее токсическое действие на миокард сердца: соединения свинца, кадмия, мышьяка, хрома, фтор- хлор- и ртутьсодержащие соединения, адреналин, некоторые противоопухолевые препараты и ряд других веществ. Наиболее доступным, сравнительно простым и в то же время эффективным методом моделирования поражения сердечной мышцы является применение противоопухолевого препарата адриамицина. Кардиомиопатия, вызываемая длительным введением адриамицина (доксорубицина), представляет значительный интерес для экспериментальной и клинической кардиологии в связи с возможностью изучения ранних стадий патогенеза.

Таким образом, в зависимости от задач исследования существует достаточно большой выбор экспериментальных моделей, позволяющих с достаточно высокой эффективностью не только изучать отдельные звенья патологического процесса, но разрабатывать варианты их коррекции и предупреждения, в том числе с помощью новых фармакологических средств.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОВОЛНОВОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ, ФОТОТЕРАПИИ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИМ СВЕТОМ И ИХ СОЧЕТАНИЕ НА ДИНАМИКУ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ НЕВРОПАТИЯМИ**

*Капитурко А. Ю., Павлюковец А. П.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии*

*Научный руководитель – к. м. н. Хованская Г. Н.*

Учитывая последствия периферических невропатий (ПН), проявляющихся тяжелыми двигательными расстройствами, медицинская реабилитация (МР) с использованием физических методов имеет чрезвычайно важное значение. Основанием

для проведения научных исследований по данной проблеме является высокий процент временной нетрудоспособности и инвалидности у данного контингента больных, а также недостаточная эффективность существующих методов лечения и реабилитации. При составлении программы МР больных с ПН мы использовали физические методы, которые доступны, физиологичны, безвредны, а также экономически эффективны.

В последние годы в клинической медицине начал использоваться метод микроволновой резонансной терапии (МРТ), в основе которого лежит применение низкоинтенсивного электромагнитного излучения крайне высокой частоты миллиметрового диапазона на биологически активные зоны и точки выхода нервов. Учитывая физические и биофизические основы метода МРТ, его физиологическое и лечебное действие на организм человека, также обобщенный нами опыт лечения и реабилитации больных, имеется возможность применить его в реабилитации больных с ПН.

Светолечение (фототерапия) представляет один из обширных разделов физиотерапии, интерес к которому проявляют как специалисты, так и больные. Одним из важнейших эффектов фототерапии считается ее биостимулирующее действие. Благодаря данному свойству, его можно использовать в неврологии. Кроме того, полихроматический свет повышает защитные силы организма, улучшает настроение, снимает усталость и стимулирует работоспособность, что особенно важно при проведении реабилитационных мероприятий

Точки воздействия определялись составлением акупунктурной рецептуры, строго индивидуально для каждого больного с учетом всех правил и законов рефлексотерапии.

Объектом научного исследования являлись 162 больных с периферическими невропатиями. Предметом исследования являлись двигательные нарушения у больных периферическими невропатиями.

При применении разработанной нами программы реабилитации больных периферическими невропатиями с использованием данных физиотерапевтических методов показатели восстановления двигательных функций были выше, чем у больных при применении стандартного (применяемого ранее) восстановительного лечения. Более быстрый регресс дефицитарного мимического синдрома у больных с лицевой невропатией проявляется значительным улучшением при тяжелой степени – в  $67,0 \pm 2,8\%$  случаев, со средней степенью – в  $87,2 \pm 1,1\%$ , с легкой – в 100% случаев. В группе больных с ПН верхних и нижних конечностей положительный результат получен у 95,2% больных.

Таким образом, предложенная программа медицинской реабилитации больных с периферическими невропатиями дает возможность улучшить функциональное состояние нервно-мышечного аппарата у 86,4% больных, сократить длительность пребывания в стационаре на 3,7 дня, что указывает на экономическую эффективность восстановительного лечения данной патологии.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

***Каретко В.В., Шейко Е.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Значительное место в структуре заболеваемости населения занимает цереброваскулярная патология, которая является причиной инвалидности и

смертности. Целью нашего исследования явилось изучение медико-социального портрета больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, госпитализированных в неврологическое отделение районной больницы. Статистическим методом было обработано 272 карты лиц, выбывших из стационара за 2004 год.

Первое место в структуре причин госпитализации занимает инфаркт мозга - 128 человек (47%), второе - последствия перенесенного инсульта, 66 человек (24,4%), третье место принадлежит транзиторным церебральным ишемическим атакам, 52 человека (19,1%), на четвертом месте внутримозговое кровоизлияние, 14 человек (5,1%), на пятом субарахноидальное кровоизлияние, 12 человек (4,4%). Госпитализации подверглось примерно равное количество лиц мужского и женского пола, страдающих данной патологией (48,1% и 51,9%), соответственно. Больше всего поступило лиц в возрастной группе 60-79 лет (48%). Доминирующим заболеванием в данной возрастной группе является инфаркт мозга (78,9%). На втором месте располагается возрастная группа 40-59 лет (35%), здесь преобладают транзиторные церебральные ишемические атаки (45,8%). Реже всего госпитализировались лица в возрасте от 80 лет и более (17%). Обращает на себя внимание тот факт, что значительную часть всех госпитализированных составляет работоспособное население. 68% пациентов проживали в городе, 32% в сельской местности. По экстренным показаниям поступило 232 человека (85,2%), 40 человек (14,8%) госпитализированы в плановом порядке. Впервые в 2004 г. по поводу данного заболевания госпитализировано 202 человека (74,3%), 70 человек (27,7 %) поступило повторно. В первые 6 часов с момента развития заболевания в стационар доставлено 85,5% от всех госпитализированных, через 7-24 часа 7,4%, 7,1% заболевших было госпитализировано позднее 24 часов с момента развития заболевания. Пики заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения приходятся на весенний и осенний периоды (33,6% и 26,4%, соответственно). Среднее количество койко-дней проведенных в стационаре составляет 18 дней. Наиболее длительно (23 дня) на лечении находились больные с внутримозговым кровоизлиянием и с инфарктом мозга.

Наличие одного сопутствующего заболевания наблюдается у 23% человек, двух у 34%, трех и более у 43% человек. Среди сопутствующих заболеваний первое место принадлежит артериальной гипертензии (наблюдается у 82% больных), второе место занимает ишемическая болезнь сердца (у 46%), третье место хроническому бронхиту и заболеваниям желудка (у 20% всех больных).

## **ОЦЕНКА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ АУТОВАКЦИНЫ ПРИ КАНДИДОЗЕ**

***Карлюк А.А., Боган Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь.*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель: ассистент Волосач О.С.*

Проблема первичных и вторичных хронических инфекционных заболеваний является одной из наиболее актуальных. Прием антибиотиков в нарастающих дозах приводит к подавлению нормальной микрофлоры организма как потенциального антагониста патогенных возбудителей, что, в сочетании с иммунодефицитными состояниями, приводит к активации сапрофитной флоры и приобретению вирулентных свойств последней. Дисбиоз вследствие нерационального антибактериального лечения ведет к повышению сенсibilизации и алергизации организма. Среди оппортунистических инфекций одними из наиболее распространенных возбудителей

являются грибы рода *Candida*, которые способны вызывать широкий диапазон инфекций: от довольно «безобидных» заболеваний кожи и слизистых оболочек до инвазивных процессов, которые могут поражать практически любой орган, нередко создавая при этом угрозу для жизни больных. Поэтому поиск новых подходов к терапии кандидозов представляет значительный интерес. Сравнительно недорогим препаратом, снижающим аллергизацию организма, повышающим специфический иммунитет является аутовакцина.

**Цель работы:** оценить иммуномодулирующую активность аутовакцины при хроническом рецидивирующем кандидозе различных локализаций.

**Материалы и методы:** проведено исследование состояния клеточного иммунитета у 74 больных в возрасте от 16 до 71 года, страдающих хроническим рецидивирующим кандидозом различных локализаций, до и через 4-8 нед. после проведения аутовакцинотерапии. Продолжительность болезни от 2 лет, с частыми, 2-3 раза в год и более, обострениями. Больные неоднократно лечились противогрибковыми препаратами. Однако после временного улучшения заболевание рецидивировало вновь.

**Результаты:** При исследовании иммунного статуса больных после проведения курса аутовакцинотерапии по схеме выявлены позитивные изменения: получено значимое снижение лейкоцитоза с  $6,4 \pm 0,4 \cdot 10^9$  до  $5,1 \pm 0,2 \cdot 10^9$  преимущественно за счет нейтрофилов -  $3,3 \pm 0,2 \cdot 10^9$  против  $4,0 \pm 0,4 \cdot 10^9$  до аутовакцинотерапии ( $p < 0,05$ ), при этом нормализовалась функциональная гиперреактивность нейтрофилов по результатам НСТ-теста:  $3,1 \pm 0,4$  до и  $2,6 \pm 0,3$  после ( $p > 0,05$ ). Отмечен прирост общего количества лимфоцитов (CD3+) с  $28,5 \pm 1,5\%$  ( $0,52 \pm 0,05 \cdot 10^9$ ) до  $39,1 \pm 1,3\%$  ( $0,70 \pm 0,04 \cdot 10^9$ ). Отмечено нарастание числа НК-клеток (CD16+) с  $19,7 \pm 2,1\%$  ( $0,35 \pm 0,04 \cdot 10^9$ ) до  $24,1 \pm 1,6\%$  ( $0,43 \pm 0,03 \cdot 10^9$ ) и следующие популяции лимфоцитов: Т-хелперы (CD4+) с  $20,5 \pm 1,2\%$  ( $0,38 \pm 0,04 \cdot 10^9$ ) до  $30,2 \pm 1,5\%$  ( $0,54 \pm 0,04 \cdot 10^9$ ); Т-киллеры (CD8+) с  $17,0 \pm 1,0\%$  ( $0,32 \pm 0,03 \cdot 10^9$ ) до  $20,4 \pm 1,3\%$  ( $0,36 \pm 0,03 \cdot 10^9$ ); В-лимфоциты (CD19+) с  $18,8 \pm 1,4\%$  ( $0,36 \pm 0,04 \cdot 10^9$ ) до  $22,5 \pm 1,5\%$  ( $0,39 \pm 0,03 \cdot 10^9$ ) ( $p < 0,01$ ). Изменения в составе лимфоцитов повлекли сдвиг иммунорегуляторного индекса с  $1,3 \pm 0,1$  до  $1,7 \pm 0,1$  ( $p < 0,01$ ). Экспрессия CD25 составила  $16,7 \pm 1,5\%$  ( $0,31 \pm 0,04 \cdot 10^9$ ) до и  $16,8 \pm 1,1\%$  ( $0,32 \pm 0,03 \cdot 10^9$ ) после ( $p > 0,05$ ), что характеризует положительную тенденцию показателя, фагоцитарная активность ( $63,8 \pm 1,7$  и  $64,8 \pm 2,0$ ) и фагоцитарное число ( $7,5 \pm 0,3$  и  $7,6 \pm 0,3$ ) также соответствовали норме и не отличались.

**Вывод:** Аутовакцина оказывает не только положительный клинический эффект, но и влияет на ряд показателей клеточного иммунитета.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

*Карпова Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Мирончик Е.В.*

Проблема рецидивирующего инфаркта миокарда (РИМ) весьма актуальна, т.к. повторный некроз возникает в особо неблагоприятных условиях, когда еще не закончились процессы, связанные с предшествующим инфарктом миокарда ИМ.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения и ЭКГ картины РИМ. Методика проведения исследования: проанализированы 56 историй болезни больных с РИМ, находившихся на стационарном лечении в Гродненском областном кардиологическом диспансере (ОКД) за 5 лет с 2002 по 2006 г.

Получены результаты: за истекший период на стационарном лечении в ОКД находилось 1152 больных с ИМ, из них 56 с РИМ, т.е. 4%. Возраст пациентов был от 35 до 78 лет. У 20 больных РИМ возник в острый период, у 36 – в подострый период предшествующего ИМ. У 29 лиц в анамнезе был перенесенный ИМ, у 47 сопутствовала артериальная гипертензия I-III степени. У 37 пациентов диагностирован ИМ передней и у 19 – задней стенки левого желудочка. РИМ выявлен у 38 больных той же локализации с расширением зоны некроза, у 12 – разных участков миокарда, в 6 случаях уточнить локализацию рецидива ИМ не представилось возможным.

Наблюдались клинические варианты РИМ: болевой – у 29 больных (51,8%), аритмический – у 11 (19,6%), астматический у 6 (10,7%), гастралгический у 4 (7,2%), бессимптомный в 6 случаях (10,7%). У 4 пациентов с РИМ диагностирована полная блокада правой ножки, у 3 – левой ножки пучка Гиса, у 5 – трепетание или мерцание предсердий, у 6 больных атриовентрикулярная блокада различной степени выраженности, у 8 – пароксизмальные тахикардии, у 6 – сочетанные нарушения ритма и проводимости. Причем у 11, лиц рецидив ИМ проявлялся только нарушениями ритма и проводимости, у 21 – сочетался с болевым синдромом.

Выявлены варианты ЭКГ при РИМ:

1. Появление признаков нового ИМ на фоне изменений, обусловленных предшествующим ИМ у 28 больных (50%).
2. Появление признаков свежего некроза с исчезновением ранее имевшихся ЭКГ признаков ИМ у 9 лиц (16,1%).
3. Возникновение нарушения сердечного ритма и проводимости без других указаний на рецидив некроза в 11 случаях (19,6%).
4. Ложноположительная динамика ЭКГ у 3 больных (5,4%).
5. Отсутствие динамики ЭКГ у 5 пациентов (18,9%).

В подавляющем большинстве случаев РИМ подтверждался повышением уровня биохимических маркеров некроза миокарда.

Выводы:

1. У большинства больных диагностирован РИМ той же локализации, что и предшествующий инфаркт миокарда с расширением зоны некроза.
2. РИМ протекал тяжелее и имел особенности клинической картины заболевания: характеризовался меньшей частотой болевого и большей частотой аритмического варианта ИМ.
3. У половины больных с РИМ имеются особенности ЭКГ картины ИМ, нередко маскирующие прямые ЭКГ признаки заболевания.

## **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕРВОКУРСНИКОВ**

***Катович О.В., Курилюк Т.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

Репродуктивное здоровье - важнейший компонент здоровья населения, особенно молодежи.

В связи с чем нами проведено анкетирование первокурсников Гродненского государственного медицинского университета. Опрошено 542 студента.

Три из четырех студентов лечебного, медико-психологического, педиатрического факультетов и половина студентов сестринского факультета не имеют патологии со стороны репродуктивной системы. Однако каждый третий студент всех факультетов не знает об этом, так как детально не обследовался.



Для обеспечения хорошего уровня репродуктивного здоровья большинство студентов считают необходимым соблюдать здоровый образ жизни. Каждый шестой студент лечебного, медико-психологического и сестринского факультетов, каждый десятый студент педиатрического факультета указывал, что для достижения этой цели следует чаще посещать врача.

Половую жизнь ведут каждый второй студент лечебного и медико-психологического, педиатрического факультетов, каждый третий студент сестринского факультета. Средний возраст студентов на момент первых в жизни сексуальных отношений составляет на лечебном, медико-психологическом и сестринском факультете – 17 лет у девушек, 16 – у юношей, на педиатрическом факультете – соответственно 17,5 и 16,5.

Причины, побудившие студентов к первому сексуальному опыту, многообразны. Для каждого третьего студента лечебного и медико-психологического факультетов, каждого седьмого парня педиатрического факультета, троих из четырех девушек лечебного и педиатрического факультетов, двоих из трех девушек медико-психологического и сестринского факультетов – это любовь. Половое влечение побудило всех парней сестринского факультета, половину юношей лечебного факультета, троих из четырех - педиатрического факультета, каждого третьего парня медико-психологического факультета, каждую шестую девушку всех факультетов. Под давлением со стороны партнера вступали в половую связь каждая десятая девушка, студентка лечебного и медико-психологического факультетов, каждый десятый парень педиатрического факультета. В состоянии алкогольного опьянения вступили в половую связь каждый десятый юноша лечебного факультета, каждый пятый юноша медико-психологического факультета, каждая шестая девушка медико-психологического факультета. Из любопытства это сделали каждый десятый юноша лечебного факультета, каждый пятый медико-психологического факультета, одна из четырех девушек сестринского факультета, одна из двадцати девушек педиатрического факультета. Во время первых в жизни сексуальных отношений половина студентов сестринского, педиатрического и один из четырех студентов лечебного и медико-психологического факультетов пользовались контрацептивными средствами, в основном, презервативами. Большинство студенток всех факультетов не имели беременности. Три из четырех студентов всех факультетов отрицательно относятся к абортам.

Не вызывает сомнения, что совершенствование медико-гигиенической работы заслуживает внимания.

## **РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ПЕРВОКУРСНИКОВ**

***Катович О.В., Курилюк Т.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научные руководители - д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;*

*ассист. Сурмач М.О.; д.м.н., доц. Кажина М.В.*

Проблемы репродуктивного поведения обуславливают системный кризис воспроизводства, что негативно влияет на социально-экономическое развитие страны. Обеспечение демографической безопасности - важнейшее направление государства и общества. В 2007 году указом Президента РБ утверждена программа демографической безопасности. В связи с чем нами поставлена цель определить репродуктивное поведение первокурсников. Для чего проведено анкетирование студентов первого

курса Гродненского государственного медицинского университета. Опрошено 542 студента.

Четыре из пяти студентов лечебного, медико-психологического и сестринского факультетов и два из трех студентов педиатрического факультета допускают добрые сексуальные отношения.

Как известно, чтобы родить здорового ребенка, необходимо обоим партнерам готовиться к наступлению беременности. Это мнение разделяют 90% студентов всех факультетов. Однако почти каждый десятый студент медико-психологического, каждый двадцатый лечебного и педиатрического факультетов утверждает, что это делать не нужно, но беременной женщине необходимо вовремя стать на учет у гинеколога и выполнять его рекомендации. Каждый десятый студент сестринского и каждый двадцатый студент остальных факультетов считает, что готовиться к беременности нужно только женщине. При этом кабинет планирования семьи хотели бы посетить два из трех студентов лечебного и медико-психологического, четыре из пяти студентов сестринского, каждый второй студент педиатрического факультетов. По мнению каждого второго студента всех факультетов, студенческие супружеские пары располагают достаточной медицинской информацией о том, как правильно себя вести, чтобы родить здорового ребёнка.

Большинство студентов всех факультетов (95%) указывают, что за предохранение от нежелательной беременности несут ответственность оба партнера. Однако каждый двадцатый студент всех факультетов отмечает, что ответственность несёт только мужчина, либо только женщина. Отрадно, что 75% студентов лечебного, медико-психологического и сестринского, 80% педиатрического факультетов негативно относятся к абортам.

Каждый четвёртый студент лечебного, педиатрического и медико-психологического факультетов и каждый пятый студент сестринского факультета ответили, что хотели бы иметь троих детей. Каждый десятый студент всех факультетов хотел бы одного ребенка. Большинство студентов планируют два ребенка.

О проблемах, связанных с менструацией, половой жизнью, с репродуктивным здоровьем каждому третьему студенту всех факультетов легче всего посоветоваться с мамой. Каждый пятый студент медико-психологического и педиатрического, каждый третий студент лечебного и сестринского факультета будет говорить об этом с врачом.

Несомненно, полученные результаты могут быть использованы в работе по формированию адекватного репродуктивного поведения молодежи.

## **КРАТКИЙ АНАЛИЗ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ВЫРАЖЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ МЕДИКОВ**

*Качук М.В., Яцкевич Е.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

*Научный руководитель – доцент кафедры русского и белорусского языков*

*Н.А.Мишонкова*

В медицине почетное место занимают аббревиатуры. По сути, это негативное явление близко к жаргону. Нередко в историях болезни врачи пишут вместо “кожных изменений не обнаружено” – КИНО, “физиотерапевтическое отделение” – ФЗО, “мочеполовая система” – МПС, “женские половые органы без изменений” – ЖПОБИ.

“Больной с ЗПР”, оказывается, это: “Больной с замедленным психическим развитием”. Либо же “ПИС в норме” вместо длинной фразы “печень и селезёнка в норме”. Один из наших коллег пользуется устрашающим сокращением РАК вместо “развернутый анализ крови”.

- “А что означают сокращения в историях болезни? – ИМ, ЯДК, ЧЕЗ.

Врачи всё реже применяют точные названия цветов, чаще используют различные вульгаризмы: вместо обычных, цвета у них стали землистыми, глинистыми, сливкообразными, грязными. Применяются и цветовые сравнения типа “мясных помоев”, “дѣгтя”, “пива”, “семги”.

Часто врачи заменяют метрическую систему мер сравнительной. Указывая величину патологически измененного объекта, говорят и пишут: с куриное яйцо, сливу, фасоль, каштан, грецкий орех. Ряд специалистов (онкологов, хирургов и других) мерой объёма сделали даже головку новорожденного ребенка. Ширина и толщина края органа всё ещё порой измеряется в “пальцах”. Все эти измерения далеки от истинных и искажают представление о линейных размерах, объёме органов.

Плохо обстоят дела и с терминологией. Вместо узаконенных употребляются устаревшие термины: систолическое или диастолическое дрожание всё еще называют “кошачьим мурлыканьем”, стенокардию – “грудной жабой”, плевральные и другие срращения – “спайками”. Злоупотребляют медицинские работники своеобразными терминологическими фразеологизмами. Например, если речь идёт о сердце, то используют уже более двадцати фразеологизмов: лёгочное, бычье, тигровое, капельное, волосатое, тиреотоксическое, кифосколиотическое. Часто звучат выражения ятрогенного воздействия: “ритм галопа”, “шум плеска”, “скомпрометированный орган”, “порочное сердце”, “голова медузы”. В погоне за образностью теряется клиникo-анатомическая точность, сущность симптома, диагноза.

В литературе особенно горячие споры возникают вокруг вопроса об употреблении в речи врача заимствованных иностранных слов, преимущественно латинских. Созданию своеобразных русско-латинских сочетаний, которые даются в сокращённой латинской форме или русской транскрипции: “больной экзитировал”, “канцерный больной”, “астматический статус”.

Однако чрезмерное употребление иностранных слов и фразеологизмов опасно утратой взаимопонимания, доверительности, сердечности и близости врача и больного в сложной, напряжённой, нередко экстремальной ситуации. Это и логично. Прислушиваясь к врачебному разговорному языку, насыщенному “специфическими” словами, далеко не каждый больной может уяснить суть вопроса, сказанного слова, мысли врача.

Нужно ли бороться с засильем бытовых и профессиональных фразеологических и иностранных словечек? Нам кажется, что отдельные фразеологические выражения, более или менее благозвучные, не режущие слух, не несут существенного морального урона общающимся в тесном приятельском кругу, в атмосфере весёлой беседы, шуток, юмора. Вместе с тем, в больничной сфере общения врача с больными, врача со студентами эти слова не обогащают речь, а обедняют, засоряют её, делают циничной, вульгарной с нравственно-этических позиций.

В беседе с больными желательно говорить простым языком, доброжелательно, не вульгарно, избегать научных выражений, нагруженных непонятными словами (гипертиреозидизм, кардиоприступ, сальная печень), которые могут укрепить больного в уверенности, что он страдает тяжелыми органическими заболеваниями, усилить его невроз, одержимость, навязчивые идеи и, предположительно, психогенные, соматические страдания, подтолкнуть его, таким образом, к особому психофизическому состоянию “инвалидности”. “Terapia nihil, prognoses pessima”- Терапия бессильна, прогноз наихудший.

Итак, становится очевидным, что врачу необходимо обладать высокой культурой, наукой, настоящим искусством профессиональной речи, базисом которой должен быть литературный язык.

Беседа врача, насыщенная профессиональными фразеологизмами, как мы видим, может привести к весьма нежелательным последствиям.

“Слово – тончайшее прикосновение к сердцу, оно может стать нежным благоуханным цветком и живой водой, возвращающей веру в добро, и острым ножом, и раскаленным железом, и комьями грязи”(Сухомлинский).

## ПОНЯТИЕ О СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

*Кириенко Н.П., Шевчук Е.С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Вильчинская Л.П.*

Сенсорная депривация (чувственный голод) возникает в тех случаях, когда органы чувств, обеспечивающие центральную нервную систему необходимой информацией из внешней среды, лишаются привычной импульсации извне. Наиболее часто встречается зрительная и слуховая сенсорные депривации. Зрительная депривация возникает, например, при длительном пребывании человека в темноте. Слуховая сенсорная депривация развивается у человека, длительно находящегося в помещении, куда не проникает ни один привычный «жизненный» звук, знакомый с детства. Установлено, что в условиях сенсорной депривации могут возникать различные психологические нарушения, особенно у неустойчивых, эмоционально-лабильных личностей.

В связи с этим представляют интерес данные зарубежного ученого: на одном из предприятий, построенном по самому современному требованию инженерной техники, работающие были полностью изолированы друг от друга и до них не доносился ни один звук из внешней среды; в результате у ряда из них стали возникать нервно-психические расстройства, доходящие в отдельных случаях до уровня психотических.

Особенности психических нарушений при сенсорной депривации изучены пока еще недостаточно и преимущественно в экспериментальных условиях (О.Н. Кузнецов, В.И. Лебедев, 1972).

Отсутствие привычных социальных контактов, необходимых человеку для нормальной психической деятельности, способствует возникновению состояния социальной депривации, клинические особенности которой еще также мало изучены.

Важно отметить, что частичная и даже полная сенсорная (зрительная или слуховая и одновременно зрительная и слуховая) депривация встречается и в обыденной жизни: слепота, глухота, слепоглухонемота. Психологические особенности слепых описаны А.А. Крогиусом (1926), а психологические особенности глухих детей – И.М. Соловьевым, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой и И.В. Яшковой (1971).

В работах В.Ф. Матвеева (1987) рассматриваются некоторые общие вопросы психологии при дефектах зрения и слуха, психопатологические нарушения у слепых и глухих в сравнительно-возрастном аспекте. Основное внимание автором уделено пограничным психическим нарушениям (невротические реакции, неврозы, патохарактерологическое развитие личности, психопатии).

Выключение одного из главных дистантных анализаторов – зрения и слуха – оказывает существенное влияние на процесс адаптации человека во внешней среде. Знакомство с особенностями компенсации, достигаемой с помощью педагогико-воспитательной работы, при слепоглухонемоте, возникшей на ранних этапах онтогенеза, убеждает в том, что в известном споре между представителями клерикализма и материализма побеждают сторонники материалистического понимания сущности сознания и психики, мышления и речи.

Несмотря на достаточно полное изложение в ряде монографий психологических и патопсихологических нарушений при дефектах слуха и зрения, представляет

определенный интерес изучение психодинамической конституции современных детей, которые обучаются в специализированных школах г.Гродно.

#### **Литература:**

1. Матвеев В.Ф. Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. – М., Медицина, 1987. – 184 с.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Кирилюк М.А.*

*Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Беларусь  
Научный руководитель - проф. Климович И.И.*

В настоящее время ни у кого не возникает сомнения по поводу пользы лечебной физической культуры (ЛФК) в комплексном лечении больных и профилактике послеоперационных осложнений. Применение физических факторов в лечении особенно важно у больных, микрофлора которых не чувствительна к многим антибактериальным препаратам, а также при непереносимости последних.

Цель – изучить результаты лечения хирургических больных с применением ЛФК.

Материал и методы. Общее количество пролеченных в больнице скорой медицинской помощи г.Гродно хирургических больных с применением физических методов за 2007 год составило 2233 пациентов, ЛФК прошли 2081 человек, охват ЛФК составил-93,2%. Оперированы 922 пациента, ЛФК прошли 898 человек, охват ЛФК составил 97,6%. Противопоказаниями к назначению ЛФК были общее тяжелое состояние пациента, повышение температуры тела, перитонит.

Считаем рациональным привести методику проведения ЛФК у наших пациентов.

В предоперационном периоде ЛФК проводили, учитывая возраст пациента, тяжесть основного заболевания, характер предстоящей операции, а также функциональное состояние органов и систем. При этом особое внимание уделялось тренировке грудного типа дыхания, так как после операции ограничено участие в дыхании диафрагмы и брюшной стенки. С этой целью больной упражняется в редком глубоком дыхании, как с форсированным выдохом, так и с удлинненным.

В послеоперационном периоде при отсутствии противопоказаний к занятиям ЛФК приступали сразу же после окончания действия наркоза, выполняя и подкрепляя те же упражнения, которые проводили до операции. Особое внимание требуется тяжелобольным и лицам пожилого возраста, у которых наиболее часто возникают различные осложнения, особенно легочные. У них дыхательные упражнения проводили с последующим откашливанием. Больной делает максимальной глубины вдох через нос, придерживая послеоперационную рану руками, производит выдох несколькими кашлевыми толчками. Методист ЛФК при этом сдавливает грудную клетку в различных отделах синхронно с кашлевыми толчками. В первый день после операции дыхание должно быть преимущественно грудным. Каждые 20-40 минут больной делал 3-4 дыхания по грудному типу. На 2-3 день после операции дыхательные упражнения больные выполняли самостоятельно, кроме этого, методисты ЛФК проводили массаж грудной клетки с элементами поглаживания, растирания, легкой вибрации. Пациенты также тренировались в подтягивании ног к животу на выдохе, выполняли упражнения, способствующих сокращению и расслаблению мышц брюшного пресса. Такие упражнения устраняли застой крови в печени, мезентериальных сосудах, активизировали желчеотделение. Для максимального увеличения подвижности

диафрагмы, лучшего оттока желчи пациенты, лежа на левом боку, осуществляли полное сокращение и расслабление мышц брюшного пресса, как с помощью руки, так и без ее помощи. Эти упражнения выполнялись самостоятельно под контролем инструктора до 5-6 раз в сутки. С 6-9 дня занятия проводили в зале ЛФК, продолжительность занятия ЛФК увеличивалось до 20-25 минут.

Применение ЛФК позволило избежать осложнений после операции, уменьшить количество назначаемых медикаментов и сроки лечения больных.

## ТРАССОВОЕ ДЕТЕКТИРОВАНИЕ МАЛЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ АММИАКА

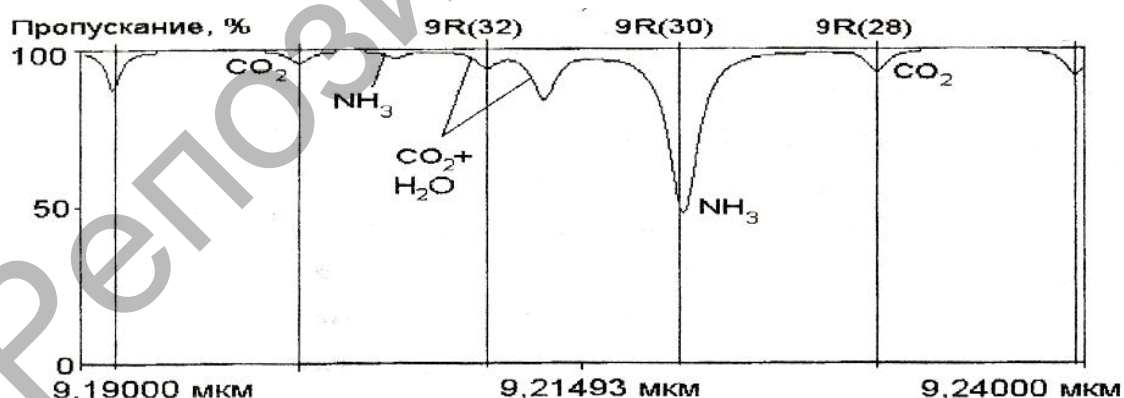
*\*Клинцевич А.С., Лискович А.В.*

*\*Гродненский государственный университет им. Я. Купалы, Беларусь  
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра медицинской и биологической физики.*

*Научный руководитель – к.ф.-м.н., доцент И.М. Бертель*

Аммиак – опасный для здоровья газ. Его значительные запасы сосредоточены в хранилищах на хладокомбинатах, заводах по производству пищевых продуктов и минеральных удобрений, на железнодорожных станциях, то есть непосредственно в зоне жизнедеятельности и вблизи проживания большого количества людей. Поэтому разработка надежных методик детектирования этого загрязнителя в условиях крупного города направлена на предотвращения тяжелых экологических последствий возможных катастроф, представляется важной и актуальной.

Из теоретического анализа следует, что в спектральном диапазоне 9,15÷11,05 мкм существует ряд сильных линий поглощения  $\text{NH}_3$ . Наиболее оптимальные из них, с точки зрения возможности детектирования концентрации  $\text{NH}_3$  с помощью  $\text{CO}_2$ -лазера, приведены на рис., где спектры пропускания аммиака и фоновых газов были рассчитаны на основе пакета HITRAN, содержащем необходимые для расчета спектроскопические параметры линий поглощения многих атмосферных газов. При расчетах использовались лазерные частоты, которые брались из работы [1].



*Рис. Спектр пропускания аммиака и фоновых газов в диапазоне 9,19 – 9,24 мкм.*

При использовании метода дифференциального поглощения [2], при котором атмосфера зондируется на паре линий "оп line" (линия с резонансным, максимально возможным поглощением) и "off line" (линия с минимальным поглощением), в качестве "оп line" можно брать линию 9R (30), тогда в качестве "off line" целесообразно использовать соседнюю с ней линию 9R (28).

Расчеты проводились для трассы длиной 1500м, давлением 1атм, температуре 273К, при содержании следующих газов: NH<sub>3</sub>=50 ppb, H<sub>2</sub>O=6000 ppm, CO<sub>2</sub>=330 ppm, N<sub>2</sub>O=0,32 ppm, O<sub>3</sub>=26,6 ppb, SO<sub>2</sub>=0,3 ppb.

Результаты проведенных теоретических исследований существенно облегчат экспериментальные измерения концентраций NH<sub>3</sub> в атмосфере.

#### **Литература:**

1. L.S. Rothman, Applied Optics. 1986. V.25, N011, P. 1795.
2. R. Barbini, A.Polucci, S.Ya. Tochisky, Study of the CO<sub>2</sub> LIDR/DIAL, potential for atmospheric gases monitoring in the range 9,2-11,4 м and 4,6-5,5 м. ENEA Internal Report, RT/INN/96,19, Frascati, 1996.

## **ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Ковалевич Н.К., Салыхова Л.Р.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

Объективная оценка репродуктивного здоровья является информационной основой разработки мероприятий по его сохранению и укреплению. Полное и достоверное заключение о репродуктивном здоровье возможно лишь при использовании комплексного анализа его состояния.

В связи с этим, целью исследования явилось изучение влияния медико-социальных факторов на течение беременности женщин раннего репродуктивного возраста.

Объектом исследования явились 179 женщин молодого возраста (15-24 года), беременность которых закончилась родами. Источником информации послужила первичная медицинская документация женских консультаций (индивидуальная карта беременной и родильницы ф 111/у и обменная карта ф 113/у). Выкопировка предусмотренных программой исследования признаков производилась на специально разработанные карты, учитывающие акушерский и соматический анамнез, течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного.

Среди изученного контингента 28,5% проживали в сельской, остальные (71,5%) - в городской местности. Лица в возрастной группе 15-19 лет составили 22,9%, а в возрасте 20-24 года – 77,1%.

Характеризуя медико-социальный статус родильниц, обращает на себя внимание высокий показатель среди них (каждая шестая) безработных и их мужей (каждый одиннадцатый), практически не отличаясь в зависимости от возраста ( $P > 0,05$ ). Контингент родивших в основной группе на 3/5 (59,5%) сформирован из учащихся и студентов. Доля последних в 5,2 раза меньше (11,3%) в контрольной группе ( $P < 0,05$ ).

Особенностью исследуемой популяции является высокий удельный вес (30,7%) неполных семей. Причем, среди родильниц юного возраста (15-19 лет) более половины (53,7%) не замужем, а в возрастной группе 20-24 года – 34,7% ( $P < 0,05$ ), что является важной социальной проблемой.

Отношение женщин к своему здоровью могут характеризовать сроки постановки беременных на учет в женской консультации и прохождение прегравидарной подготовки. Если срок беременности до 12 недель при постановке на учет в среднем у молодежи составил 82,7%, то у лиц 15-19 лет этот показатель равен 61,0%, а отсутствие

прегравидарной подготовки или данных о ее проведении – у 65,9% женщин соответствующего возраста.

Течение беременности у молодежи сопровождается ранним (32,4%) и поздним гестозом (11,2%). Причем, частота раннего гестоза у беременных в возрасте 20-24 года в 1,3 раза ( $P < 0,05$ ), а позднего – в 2,6 раза ( $P < 0,05$ ) регистрируется чаще относительно возрастной группы 15-19 лет. Аналогичная картина, хотя и с меньшей кратностью (в 1,6 раза,  $P < 0,05$ ), характеризуется превалированием угрозы прерывания беременности у женщин с каждым последующим пятилетним возрастным интервалом. Напротив, у женщин в возрасте 15-19 лет чаще диагностируется предлежание плаценты ( $P < 0,05$ ), патология плодных оболочек (многоводие, маловодие) – ( $P < 0,05$ ), первые роды в юном (до 18 лет) возрасте ( $P < 0,05$ ).

Женщины этой группы в 1,3 раза чаще (каждая четвертая) имеют вредные привычки ( $P < 0,05$ ), в 3,7 раза чаще (каждая четвертая) нерегулярное или отсутствие врачебного наблюдения во время беременности, неполное обследование ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, при разработке мер медико-социального характера, направленных на коррекцию репродуктивного потенциала, необходимо учитывать его особенности у юных женщин, вступающих в фертильный возраст.

## **РЕАЛЬНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА**

*Ковальчук Т.В., Магер Е.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Ю.Т. Солоненко*

Цель исследования – дать анализ факторам, влияющим на показатель летальности больных инфарктом миокарда (ИМ) в условиях городской клинической больницы и установить степень реальности управления этим показателем.

Проанализирована 401 история болезни больных ИМ. Стационарная летальность за 2007 год составила 6,28%. Все умершие подвергнуты аутопсии.

Среди «малоуправляемых» факторов, влиявших на показатель летальности, установлены: пожилой и старый возраст большинства умерших (82,9% - лица старше 60 лет, в том числе 59% старше 70 лет); исходно неблагоприятный соматический фон (77,3% - инвалиды войны и инвалиды в результате заболеваний); неблагоприятный «коронарный» анамнез (в 65,9% повторные ИМ); большой процент (21,9%) крупноочаговых ИМ, в том числе 12,2% трансмуральные, высокий уровень атипичных и малосимптомных форм ИМ (27%); отягчающие осложнения: кардиогенный шок (14,6%), фибрилляция желудочков (9,8%), другие нарушения ритма и проводимости (29,2%), 21,5%- острые и хронические аневризмы сердца; 60,5%- признаки острой и хронической сердечной недостаточности; в 13,5% случаев- разрыв миокарда; серьезные, часто фатальные морфологические изменения в сердечно-сосудистой системе и других органах (по данным аутопсии): выраженный атеросклероз коронарных артерий (81,8%), в том числе у 66%- стенозирующий, тромбоз коронарных артерий (13,1%); крупноочаговый (47,3%) и диффузный (42,1%) кардиосклероз; выраженный атеросклероз аорты, мозговых сосудов, подвздошных артерий (42,1%); морфологические признаки артериальной гипертензии (81,6%), сахарного диабета (10,5%), хронической сердечной недостаточности (42,1%).

К более «управляемым» факторам, также влияющим на показатель летальности, можно отнести позднее обращение умерших за медицинской помощью, оперативность работы бригад «скорой помощи», приемного и реанимационного отделений клиники, адекватность и своевременность назначения лекарственной терапии, особенно



тромболитической и антиаритмической. Воздействие, прежде всего, на эти звенья, на наш взгляд, является реальной мерой для снижения летальности больных ИМ.

## **БЛИЗНЕЦЫ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА**

*Ковальчук Е.О.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., профессор Лукьянова Л.И.*

Как только близнецы появились на нашей планете, они сразу же обратили на себя внимание. Многие ученые древности пытались раскрыть их тайну. Близнецы во все времена были объектом пристального изучения. Кто-то искал в них что-то злое, опасное, а кто-то возводил в ранг Богов. На сегодняшний день близнецы - это «золотой рудник гипотез» не только для биологии, медицины, но и для ряда других наук.

Большой интерес для психологии представляют пары однояйцовых близнецов. Прежде всего, их взаимоотношения друг с другом и окружающими. В раннем возрасте близнецы не различают понятия «Я» и «Мы». Для каждого из них их дуэт – это одно целое неразделимое «Мы». Только впоследствии каждый из них осознает свое «Я» и стремится к индивидуальности. Это необходимый процесс, которому всячески должны содействовать окружающие, ведь становление человеческой личности со своим характером, привычками, жизненной позицией - важная стадия в жизни общества, которое должно предоставить все необходимые условия для этого, чтобы получить качественные плоды. И, несмотря на то, что близнецы, с генетической точки зрения, точные копии друг друга, все же под действием внешних факторов их характеры, вкусы, привычки, иногда даже более различны, чем у обычных братьев и сестер.

Выделяют следующие категории близнецов. **Тесно связанные.** Такие пары близнецов, как говорил Заззо, образуют свой «микромир», в котором они живут изолированно от всего происходящего. Они всегда вместе, предпочитают одно и то же. Такие близнецы обычно распределяют роли в паре. В таких парах выделяется лидер. Именно на него ложится функция коммуникации с внешним миром. В таких парах близнецов не проявляются индивидуальные качества каждого из них. Все их действия направлены на то, чтобы больше походить друг на друга. К таким парам окружающие относятся, как к единому целому, обращаясь к ним не по именам, а «Вы». Такие близнецы очень долго не могут найти себе спутника жизни, создать свою семью, ведь у них уже есть семья – это их пара. Разлука для них равносильна потере жизненно важного органа и приносит им большие страдания.

**В меру зависимые.** Близнецы, которые спокойно относятся к своей близнецовости. Они ведут себя как обычные люди, пытаются найти себя в этом мире, не копируя друг друга. Такие близнецы обычно по-разному одеваются, пытаются подчеркнуть свою индивидуальность, но и не забывая о своем соблизнеце. Они могут быть как вместе, так и порознь. Это и есть оптимальный вариант близнецовых отношений.

**Крайние индивидуальности.** В таких парах, несмотря ни на что, каждый член близнецовой пары пытается быть менее похожим на своего соблизнеца. Все же это не есть хорошо, так как это стремление порождает вражду между близнецами. Они ненавидят друг друга и природу за то, что они как две капли воды похожи друг на друга. В погоне за индивидуальностью близнецы забывают о том, что они самые счастливые люди на Земле, потому что природа еще в утробе матери подарила им лучшего друга, который сможет порадоваться за него как за себя и переживать его горе как свое.

Таким образом, близнецы – это не просто обычные братья и сестры. В некоторых случаях их пара имеет серьезные проблемы во взаимоотношениях: либо это фанатичное подражание друг другу, либо ненависть друг к другу. Задача окружающих и психологов - помочь близнецам адекватно воспринимать свою близнецовость, для того, чтобы близнецы смогли быть частью всего происходящего, а не просто неудачной копией друг друга.

#### **Литература:**

1. Интернет ([www.mama.ru](http://www.mama.ru))
2. Канаев И.И. Близнецы, Москва 1964 год
3. Фридрих В. Близнецы, Москва 1985 год

## **ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

*Козел К.В., Жемайло А.С., Флеров А.О.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – к.м.н. доц. Маслакова Н.Д.*

С развитием хирургии брюшной полости проблема лечения рецидивных вентральных грыж остается одной из наиболее острых в абдоминальной хирургии. По данным разных авторов, 2-15% все лапаротомии заканчиваются формированием послеоперационной грыжи. Это не местный, а общий патологический процесс, при котором развиваются нарушения в мышцах брюшной стенки, сердца, легких, селезенки, диафрагмы, что свидетельствует о влиянии грыжи на функцию организма. Таким образом, большую грыжу нужно считать отдельно стоящим комплексным заболеванием, с нарушением функции не только дыхательной системы, но и кожных покровов, мышц, внутренних органов, которые тем серьезнее, чем больше грыжа. На сегодняшний день применяется индивидуальный дифференцированный подход к выбору методики операции с учетом формы грыжи, патогенетических условий ее развития, состояния ткани брюшной стенки, величины грыжевого дефекта и состояния пациента.

Предоставляем результаты обследования и лечения 7 пациентов с рецидивными сложными формами послеоперационных вентральных грыж, оперированных в клинике узловой клинической больницы и военно-медицинском центре г. Гродно. Возраст больных 32-68 лет, 5 женщин, 2 мужчин, у 5 пациентов ожирение II-III степени, у 3 больных – сахарный диабет, 4 пациента – сердечно-сосудистая недостаточность разной степени; 3 пациента – легочная недостаточность, все случаи – доступ верхний и средне-срединный.

Размеры: малые грыжи до 10 см, не изменяющие формы живота и определяющиеся только пальпаторно – 3 больных; средние - 10-20 см, занимающие часть области передней брюшной стенки, выпячивая ее – 2; обширные - 20-30 см, полностью занимающие область передней брюшной стенки, деформируя живот – 2. Среди общих причин возникновения рецидивов раннее начало физической нагрузки отмечали 4 больных, раневая инфекция имела место у 3 больных, парез кишечника у 2 больных. Во всех случаях первичная герниопластика осуществлялась традиционными методами путем наложения дубликатуры апоневроза и пластики местными тканями, двое больных оперированы трижды. Рецидивные послеоперационные грыжи во всех случаях оперированы с применением методики укрепления пластики грыжевых ворот путем аллопротезирования синтетической сеткой.

Анализируя причины возникновения рецидивов, нами выявлена группа риска больных с ожирением, значительной величиной грыжевого дефекта, заболеванием сахарного диабета, сопутствующей легочной патологией, с истончением апоневротического и мышечного слоя. Считаем, что при индивидуальном выборе методики операции первичной реконструкции целесообразно применение аллотрансплантатов.

#### **Литература:**

1. В.И. Оноприев и др. Герниопластика при лечении сложных и рецидивных грыж. Хирургия, 4, 2006: 24-27.
2. П.С. Нелюбин. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами. Хирургия, 7, 2007: 69-74.
3. В.Д. Федоров. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия. 1, 2000: 11-14.

## **УРОВЕНЬ ЭКСТРА-ИНТРАВЕРСИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ХРОНОТИПОМ**

*Козинцева О.И., Дудинский А.К.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. О.А. Балбатун*

В настоящее время классификация хронотипов по уровню работоспособности, включающая утренний (жаворонки), вечерний (совы) и асинхронный (аритмичный, индифферентный и др., голуби), является общепризнанной. Однако многие личностные и физиологические характеристики данных хронотипов остаются противоречивыми или неизученными.

Целью данной работы явилось изучение уровня экстра-интраверсии и степени тревожности у студентов с утренним, асинхронным и вечерним хронотипами.

В исследовании приняли участие 26 студентов 1-2 курсов ГрГМУ в возрасте от 18 до 24 лет, не имеющие отклонений в физическом развитии. Тип хронотипа оценивали в баллах с помощью опросника Хорна-Остберга. По результатам тестирования испытуемых относили к утреннему хронотипу («жаворонки») – 6 человек; вечернему хронотипу («совы») – 11 человек; асинхронному хронотипу («голуби») – 9 человек. У всех испытуемых проводили психологическое тестирование. При помощи теста Айзенка (EPI) определяли степень нейротизма и экстра-интраверсии. При помощи опросника Спилбергера – Ханина определяли уровень реактивной и личностной тревожности. В последующем производили статистическую обработку результатов: подсчитывали среднее значение показателя и его стандартную ошибку ( $M \pm m$ ), проводили корреляционный анализ.

Обнаружена умеренная отрицательная корреляция между степенью выраженности вечернего хронотипа и уровнем экстраверсии ( $r = -0,52$ ;  $p < 0,05$ ). Также выявлена умеренная отрицательная корреляция между степенью выраженности вечернего хронотипа и уровнем нейротизма ( $r = -0,39$ ;  $p < 0,05$ ). У 46% студентов наблюдался высокий уровень реактивной и/или личностной тревожности. У 40% студентов уровень тревожности был средний и у 14% студентов тревожность имела низкие значения. Не обнаружено достоверной корреляционной связи между реактивной тревожностью, личностной тревожностью и хронотипом студентов.

Данное исследование позволяет предположить, что утренний хронотип характеризуется большей степенью экстраверсии и нейротизма. Вечерний хронотип более интровертирован и несколько более эмоционально устойчив. В литературе

имеются данные о повышенном нейротизме у лиц с утренним хронотипом [1]. Ранее нами были получены данные о повышении вегетативного индекса Кердо у студентов с вечерним хронотипом [2] и следовало ожидать повышения уровня тревожности у «сов». Однако результаты исследования не позволили обнаружить достоверной корреляции между тревожностью и степенью выраженности вечернего хронотипа. Возможно, это объясняется напряженными условиями учебы и общим повышением уровня тревожности у студентов, а также небольшим объемом выборки.

Таким образом, студенты с разным биоритмологическим статусом также имеют различную степень экстра-интраверсии и нейротизма.

Литература:

1. Борисова И. Ю., Ганелина И. Е., Притыкина Н. Я. Психологические и поведенческие особенности личности с утренним биоритмологическим типом работоспособности // Психологический журнал. - 1996. - Т. 17. - №5. - С. 96 – 101.
2. Дудинский А.К., Балбатун О.А. Взаимосвязь хронотипа студентов с изменением длительности индивидуальной минуты при переводе часов // Сигнальные механизмы регуляции физиологических функций: сб. науч. ст. / редкол.: В.В. Лысак [и др.]; отв. за вып. А.В. Сидоров. – Минск: РИВШ, 2007. – С. 72-76.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА**

***Кондратов А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.С. Парамонова*

Врожденные пороки сердца (ВПС) – одно из распространенных заболеваний, которое без хирургической коррекции способствует росту детской инвалидности. При наличии в доме ребенка с ВПС нарушаются семейная жизнь и процессы воспитания детей, а финансовые расходы по лечению ощутимо затрагивают не только семью, но и общество в целом. За последние годы увеличилось число детей, оперированных по поводу ВПС, что ставит перед педиатрами задачу по физической и медикаментозной реабилитации в этой группе пациентов, для чего необходимо определение их качества жизни.

**Цель исследования:** Изучить качество жизни и определить способы его повышения у детей с ВПС.

**Объект и методы исследования:** Было проведено исследование качества жизни 32 детей, оперированных по поводу ВПС, находящихся на лечении в кардиологическом отделении ДОКБ, а также состоящих на учете в детских поликлиниках г. Гродно. Для оценки качества жизни детей использовался общий вопросник, который является русифицированным аналогом вопросника Child Health Questionnaire (CHQ) (разработчик - John E. Ware) [1], а также оценка физической выносливости по пробе Маслова-Шалкова.

Анализ структуры врожденных пороков сердца показал, что среди них преобладают дефекты межжелудочковой перегородки (41%). Выживаемость детей зависит от тяжести порока и сопутствующих заболеваний, а также от качества ухода за ребенком и наличия послеоперационных осложнений. Анализ качества жизни детей, прооперированных по поводу ВПС, показал, что, как правило, на протяжении всего периода детства они находятся под врачебным контролем (педиатр, кардиолог,

кардиохирург). Более 80% детей после оперативного вмешательства не нуждаются в медикаментозной терапии. Остальная часть респондентов вынуждена получать терапию в связи с паллиативным характером оперативного вмешательства. 22% детей отмечали плохую переносимость физической нагрузки. В группе пациентов, которым была выполнена полная хирургическая коррекция порока, таких было только 3%, что свидетельствует о хорошей адаптации сердечно-сосудистой системы в послеоперационный период. Наличие у ребенка врожденного порока в значительной мере влияет на трудоспособность матерей, вынужденных отказаться от работы для ухода в послеоперационном периоде. Матери, детям которых была выполнена паллиативная операция (или первый этап оперативного вмешательства), в 100% случаев не работали.

При сравнительном анализе показателей качества жизни в зависимости от времени, прошедшего от дня операции и объема оперативного вмешательства, было установлено, что в течение первого года после операции все дети с ВПС имеют достоверно более низкие показатели физического функционирования по сравнению со здоровыми сверстниками. Снижение физических возможностей приводит к ограничению участия больных детей в школьных работах, играх с друзьями. В катамнезе значения физического функционирования у детей с полностью скорректированным ВПС улучшаются.

Литература

1. Новик. А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине /А.А. Новик, Т.И. Ионова. - СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС. 2002. - 320 с.

## **НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ**

*Кондратов А.В., Лоцилова С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель: доцент, к.м.н. Шейко М.И.*

По данным ВОЗ, в 2007 году отмечен значительный подъем заболеваемости менингококковой инфекцией, особенно в отдельных регионах Африки с летальностью до 7-16% и более.

В развитых странах бактериальные менингиты встречаются с частотой около 10 случаев на 100 тыс. населения, а среди детей этот показатель еще выше [1]. В Республике Польша с начала 2007 года регистрируется рост случаев менингококковой инфекции, вызванной менингококками группы С, а также отмечено смещение заболеваемости из группы детей раннего возраста в более старшие возрастные группы, такая же ситуация характерна и для других стран, в частности, США, Англии, Чехии.

**Целью** настоящей работы было определение влияния групповой принадлежности крови (А,В,0) на частоту манифестации и тяжесть течения менингококковой инфекции.

**Материал и методы.** Для решения поставленной задачи нами проведен анализ 260 историй болезни (менингококковый менингит - 208, менингококцемия – 52). За норму распространенности групп крови приняты данные обследования 660 доноров. У них 0 (I) группа была выявлена у 254 (38,48±1,82%) человек, А (II) у 214 (32,42±1,81%), В (III) у 135 (20,46±1,56%) и АВ (IV) у 57 (8,64±1,09).

**Результаты.** В Гродненской областной инфекционной клинической больнице за последние 15 лет на стационарном лечении находился 461 больной с менингококковой

инфекцией. Детей было 352 (76,35%) человека, взрослых 109 (23,65%). Менингококцемия диагностирована у 111 (24,0%) больных, менингит у 350 (76%). Менингококцемия чаще регистрировалась у детей (88,29%). Летальность составила 2,39%. Из 11 умерших 8 человек (72,7%) были дети в возрасте до 1 года. Основной подъем заболеваемости (72,88%) наблюдался с 1992-1999 годы. В 2007 году из 12 больных менингококковой инфекцией, поступивших в стационар, все были дети и у 11 (91,6%) диагностирована менингококцемия. Один ребенок, поступивший в реанимационное отделение в состоянии клинической смерти, умер.

Анализ частоты встречаемости менингококковой инфекции показывает, что при всех формах преобладают больные с А (II) групповой принадлежностью (39,4 – 43,2%) и реже с 0 (I) (24,3 – 36,7%). При менингококцемии, наряду с фенотипом А (II) отмечалось некоторое увеличение числа больных с группой крови АВ (IV) (13,6%).

При анализе тяжести патологического процесса при менингококковой инфекции выявлено, что более тяжело болеют лица с А (II) группой крови (48,8%) и легче с 0 (I) (21,9%). Эти показатели согласуются с данными других авторов [2, 3].

**Вывод.** Таким образом, наличие А (II) группы крови следует рассматривать как показатель риска заболеть тяжелой формой менингококковой инфекции.

#### **Литература:**

1. Кудин В.П., Астапов А.А. // Журнал Медицинские новости – 2005. - № 7. – С. 27-32.
2. Сухарева Е.Г. // ЖМЭИ. – 1978 - № 10. – С. 121.
3. Шапкин В.И. // ЖМЭИ. – 1979 - № 11. – С. 116-117.

## **АНАТОМИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА**

***Кондращук П.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., ст. преподаватель Смолко Я. Е.*

Мозолистое тело (*corpus callosum*), совокупность нервных волокон, соединяющих большие полушария головного мозга у плацентарных млекопитающих и человека. Волокна М. т. идут в разных направлениях, но главным образом - в поперечном, связывая симметричные места полушарий и осуществляя между ними обмен нервной импульсацией, благодаря чему оба полушария составляют единое целое. В М. т. проходят также волокна, соединяющие разноимённые извилины противоположных полушарий, например, лобные с теменными или затылочными. Волокна М. т. дают коллатерали и к разным отделам полушария той же стороны (ассоциативные волокна).

Мозолистое тело может иметь различную форму в сагиттальных проекциях – от плоской у долихоцефалов до выпуклой у брахицефалов. Изменения мозолистого тела могут быть оценены с помощью угла, вершина которого совпадает с вершиной спинки турецкого седла, а стороны проходят через передненижний край колена и задненижний край валика. У долихоцефалов этот угол равен 118-122, у мезоцефалов – 99-110, у брахицефалов – 90-95 градусов.

На верхней поверхности мозолистого тела находятся крупные ветви перикаллезных артерий.

Формирование мозолистого тела начинается с 11-й и заканчивается к 20-й неделе внутриутробного развития. Развивается оно от передних отделов, от колена до валика, и только клюв развивается позже всего. Миелинизация мозолистого тела происходит от задней части к передней и заканчивается к 4-му году жизни.

Наибольших же размеров corpus callosum достигает, по разным данным, в период от 4 до 12 лет.

Мозолистое тело может отсутствовать. Это явление называется агенезией мозолистого тела. Агенезия мозолистого тела – это порок развития мозолистого тела. Она бывает полной и частичной. При частичной агенезии отсутствует задняя часть мозолистого тела. Эхографически это проявляется:

- 1 широким стоянием боковых желудочков;
- 2 смещением III желудочка кпереди;
- 3 расширением затылочных рогов боковых желудочков (более 11 мм);
- 4 отсутствием изображения волокон мозолистого тела при фронтальном и сагиттальном сканировании.

Агенезия мозолистого тела часто сочетается с голопрозенцефалией (нарушение деления головного мозга на полушария), синдромом Денди-Уокера (частичная либо полная агенезия мозжечка, кистозное расширение IV желудочка и расширение задней черепной ямки), микроцефалией и другими пороками развития головного мозга.

Агенезия мозолистого тела возможна при более чем 40 хромосомных aberrациях, 120 моногенных заболеваниях и синдромах, сопровождающихся пороками развития. Диагностика агенезии мозолистого тела до 20 недель беременности практически невозможна.

## **АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

***Кононов Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научные руководители – к.м.н. Дорохина Л.В.; к.м.н. Орехов С.Д.*

Общеизвестна функциональная специализация полушарий головного мозга в обработке информации [1]. Распределение высших нервных функций между полушариями (мышление, сознание, эмоции, восприятие пространства и времени, речь) – определяется как психическая асимметрия [2]. Индивидуальные психические особенности зависят от пространственно-временной организации головного мозга, кора и подкорковые структуры активно участвуют в проявлениях латерализации [3]. Для мужчин характерны выраженные дефекты в социальной адаптации, эмоциональной и волевой сфере при унилатеральных нарушениях в правой вентро-медиальной префронтальной коре, но отсутствуют при левополушарных расстройствах. У женщин соответствующие нарушения развиваются при левосторонних расстройствах, и практически отсутствуют при правосторонних [4]. Однако многие аспекты данной проблемы остаются малоизученными и несистематизированными.

Цель исследования – изучить особенности распределения психических асимметрий у студентов ГрГМУ. Была проведена оценка психических асимметрий у 128 студентов (34 юношей и 94 девушек) 2-го курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 23 лет с использованием тестовых методик. Статистическая обработка полученных данных выполнялись на персональном компьютере с помощью прикладных программ "Excel" и "Statistica 6.0".

Данные по асимметрии лобной коры свидетельствуют о преобладании у обоих полов левого полушария (51,06% у девушек и 67,65% у юношей). Частота встречаемости правополушарной асимметрии фронтальной коры у обоих полов близка к нулю. Среди девушек достоверно больше симметричных типов (43,62% у девушек и 32,35% у юношей). При анализе асимметрии теменно-затылочной коры у девушек

обнаружено достоверное преобладание правополушарных типов - 48,94%, левополушарных среди них – 14,89%. У юношей правополушарные типы составляют 11,76%, а левополушарные типы достоверно преобладают - 50,00%. Это свидетельствует о преобладании у женщин образного восприятия получаемой информации. Исследование асимметрии височной коры показывает существенное преобладание леводоминантных типов у представителей обоих полов (56,38% у девушек и 70,59% у юношей).

Проведенные исследования психической асимметрии демонстрируют преобладание левополушарных типов у обоих полов в выборке студентов медицинского университета, что подтверждает превосходство лиц с доминированием левого полушария в интеллектуальной деятельности, коммуникативности и социальной адаптации. Однако у представителей женского пола преобладание правых теменных зон свидетельствует о большем участии эмоциональных процессов в переработке полисенсорной информации.

#### **Литература:**

1. Данилова Н.Н. Психофизиология. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 373.
2. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
3. Hellige J.B., Taylor K.B., Lesmes L., Peterson S. Relationships between brain morphology and behavioral measures of hemispheric asymmetry and interhemispheric interaction // Brain. Cogn. – 1998. – Vol. 36, № 2. – P. 158-92.
4. Tranel D., Damasio H., Denburg N.L. et al. Does gender play a role in functional asymmetry of ventromedial prefrontal cortex? // Brain. – 2005. – Vol. 128, № 12. – P. 2872-2881.

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН**

*Королева-Гвоздева О. Д., Яковчик Н. Г., Гурин А. Л.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра акушерства и гинекологии*

Одним из важнейших направлений медицины является рождение здоровых детей, что возможно только через укрепление и сохранение репродуктивного здоровья женщин.

Цель работы: изучение состояния репродуктивного здоровья студенток УО «ГрГМУ».

Материалы и методы исследования: на основе разработанной анкеты, включающей 25 вопросов с возможными вариантами ответа, было оценено состояние репродуктивной системы 170 студенток УО «ГрГМУ» в возрасте 17-24 лет. Нами были изучены менструальная функция, наличие факторов риска развития заболеваний женской репродуктивной системы, а также информированность девушек о своем здоровье и отношении к нему.

Получены следующие результаты: средний возраст анкетированных девушек составил 21-22 года. Из них городских жительниц 77,7%, а сельских 22,3%. В зоне с повышенным уровнем радиации находилось 38(22,4%) студенток. Курящие девушки составили 37%. В ходе исследования установлено, что у 48(28,2%) студенток менструации нерегулярные; средний возраст первой менструации составил 12-14 лет - у 82,4%; средняя их продолжительность 3-5 дней – у 95(55,9%), 5-7 дней – у 73(42,9%). У 60(35,3%) анкетированных девушек начало половой жизни в 18-19 лет; у 6(3,5%) -14-15 лет и 55(32,4%) не живет половой жизнью. Основными методами контрацепции



являются: презерватив - 71%, прерванный половой акт – 43%, оральные контрацептивы – 17 %, календарный метод – 9%, ВМС – 1% и другие. Среди опрошенных девушек гинеколога посещают 1 раз в год 31,8%, при возникновении проблем – 25,7%, при профилактических осмотрах – 22,9%, 2 раза в год – 10,8%, 1 раз в 2 года – 5,4% и когда заставят 3,4%. Самообследование молочных желез не проводят 45,3%, в связи с тем, что 37(48%) – не умеет, а 40(52%) – не считает нужным; проводят 54,7% - из которых гинекологом были обучены 40(43%), родственниками и друзьями – 15(16,1%), самостоятельно – 33(35,5%), из других источников - 5(5,4%). Гинекологические заболевания в анамнезе отмечает 37(21,8%) опрошенных; среди них дисфункциональные заболевания у 9(24,3%), эрозия шейки матки у 8(21,6%), кандидозный вагинит у 6(16,2%), киста яичника у 4(10,8%), поликистоз у 3(8,1%), аднексит у 3(8,1%) и другие единичные заболевания. Оперативные вмешательства по поводу гинекологических заболеваний проводились у 5,3% студенток. Отягощенный гинекологический анамнез отмечает 30,4% девушек.

**Выводы:**

1. Основными методами предохранения от нежелательной беременности у студенток являются презерватив (71%) и прерванный половой акт (43%).
2. Большое количество девушек не проводит самообследование молочных желез (45,3%) и нерегулярно посещает женскую консультацию.
3. Необходимо усиление санитарно-просветительной работы по укреплению и сохранению репродуктивного здоровья среди молодых женщин.
4. У 1/3 анкетированных девушек имеются нарушения менструальной функции.
5. Заболевания женской половой системы уже имелись в анамнезе значительного количества (22%) студенток.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫСТРЕЛЕ В УПОР**

*Корончик С.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Курс судебной медицины*

*Научный руководитель – ассистент курса судебной медицины*

*Корончик А.С.*

За период с 2004 по 2006 годы включительно проанализирован 41 случай огнестрельной травмы по данным отделов общих экспертиз Управления ГС МСЭ по г. Минску. При оценке дистанции, с которой производился выстрел, случаи огнестрельной травмы распределились следующим образом: выстрел с близкой дистанции - 27 случаев (66%), из них выстрелов в упор - 15 случаев (55%), выстрел с неблизкой дистанции - 7 случаев (17%), дистанция выстрела не установлена из-за проведенной первичной хирургической обработки (далее ПХО) ран в 7 случаях (17%).

При оценке огнестрельной травмы, как причины летального исхода, в случае проведения судебно-медицинской экспертизы отмечается следующая корреляция по годам: 2004 г. — 19 случаев; 2005 г. - 17 случаев; 2006 г. - 5 случаев.

Вследствие работы с архивным материалом было установлено, что определенное количество лиц, погибших от огнестрельной травмы, находились в какой-либо из степеней алкогольного опьянения. При этом количество случаев летального исхода от огнестрельной травмы при наличии алкоголя в крови составляет 19 (38%). Лёгкая степень алкогольного опьянения 5 случаев (12%), средняя степень 11 случаев (27%), тяжёлая степень 7 случаев (17%).

При оценке данных по полу отмечается резкое преобладание лиц мужского пола над лицами женского пола, что составляет 38 случаев (93% ) и 3 случая (7%) соответственно.

При анализе данных по возрастным группам можно прийти к следующим выводам: наибольшее количество случаев приходится на молодой и трудоспособный возраст (20-45 лет). В возрастной группе до 20 лет - 3 случая (4%), в возрастной группе от 20 до 45 лет - 22 случаев (53%), в возрастной группе после 45 лет - 16 случаев (24%).

В зависимости от вида оружия, из которого было причинено огнестрельное повреждение: гладкоствольное оружие - 18 случаев (44%); нарезное оружие - 15 (37%); оружие неустановленного образца - 8 случаев (19%). Преобладание случаев с применением гладкоствольного оружия можно объяснить тем, что основная масса оружия, которое находится на руках у населения - это охотничье.

При распределении повреждений по областям тела прослеживается следующая закономерность: изолированные повреждения головы - 22 случая (54%); повреждения шеи - 4 случая (9%); повреждения груди - 7 случаев (17%); повреждения живота - 2 случая (5%); сочетанные повреждения головы и груди - 3 случая (7%); сочетанные повреждения головы и груди - 3 случая (7%); повреждения груди и живота - 2 случая (5%); повреждения головы, груди и живота - 1 случай (3%).

При выстреле в упор отмечается разнообразная форма входной огнестрельной раны: неправильно-овальная - 11; овальная - 6; округлая - 7; крестообразная - 5; звездчатая - 5; не установлены из-за ПХО ран - 7. Размеры входной огнестрельной раны составили от 0,6 до 7 см в диаметре. Поясок осаднения и дефект ткани в области входного отверстия описан в 100% случаев, опаление волос наблюдалось в 60% случаев. Диаметр площади отложения копоти в области входного отверстия составил от 0,4 до 3 см. Наличие штанцмарки описано в 85% случаев, в 15% случаев установить наличие штанцмарки невозможно из-за ПХО.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТОКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА**

*Костусева А.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Г.И. Заборовский*

В последние десятилетия наблюдается увеличение частоты болезней нервной системы. Однако при изучении неврологической заболеваемости, как показал обзор литературы, в основном акцентируется внимание на сосудистые заболевания нервной системы.

В связи с этим, в данном исследовании представлены результаты изучения болезней нервной системы на основе ретроспективного изучения госпитализации больных в неврологическое отделение больницы скорой помощи областного центра. Исследованию подвергнуты 478 случаев госпитализации за 2006 год.

Поток госпитализированных пациентов в основном формируется по линии скорой медицинской помощи (88,0%), по направлению врачей поликлиник – 9,9% и 2,1% - без направлений (самотеком). Больше половины (53,9%) больных поступают в стационар позже 24 часов от начала заболевания, 42,2% - в первые 6 часов, остальные (3,9%) в промежутке между 7 и 24 часами.

Среди госпитализированных преобладали (96,1%) городские жители. Пациентами неврологического отделения чаще (в 1,5 раза,  $P < 0,05$ ) являлись женщины

(60,4%), чем мужчины (39,6%). В возрастном аспекте на долю лиц молодого возраста от 0 до 19 лет пришлось 7,3%, 20-29 лет – 15,8%, 30-39 лет – 14,3%, 40-49 лет – 20,3%, 50 лет и старше – 42,3%. Прослеживается прямая зависимость между возрастом и числом госпитализированных.

Основными причинами в структуре госпитализированной заболеваемости явились цереброваскулярные болезни, на долю которых приходится почти половина (47,4%) пациентов. Эта группа болезней представлена церебральным атеросклерозом (42,4%), инфарктом мозга (35,9%), ишемией головного мозга (17,3%), внутримозговым кровоизлиянием (4,4%).

Вторую позицию занимают последствия закрытых черепно-мозговых травм – сотрясение головного мозга (23,9%). Причиной почти каждой пятой госпитализации (19,1%) являются дорсалгии, представленные, в основном, радикулопатией (44,0%), цервикалгией (33,0%) и вертебральной люмбалгией (23,0%). Среди других заболеваний преобладают воспалительные болезни нервной системы (5,2%), эпилепсия (4,1%) и прочие.

Мужчины чаще госпитализировались по поводу закрытых черепно-мозговых травм, эпилепсии, и впервые возникших эпилептических приступов, но стоит отметить, что в 80,0% случаев они сопровождались алкогольным опьянением, а у женщин пожилого и старческого возраста чаще всего регистрируют церебральный атеросклероз.

Среди сопутствующих заболеваний значительную долю составляют ишемическая болезнь сердца (20,2%), артериальная гипертензия (33,5%), диффузный узловой зоб (1,8%), сахарный диабет (4,5%) и ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу (8,5%).

Стоит отметить, что повторные госпитализации наблюдались лишь в 1,5% случаев, в основном, внутримозговое кровоизлияние. Отметим, что диагнозы направивших учреждений и клинические диагнозы совпадали в 82,5%.

Все пациенты, выбывшие из стационара, были выписаны с улучшением. Средний срок госпитализации в неврологическом отделении составил  $8,5 \pm 0,2$  дня. Однако, стоит заметить, что он снижается за счёт направленных из горвоенкомата призывников, которые поступают сюда для уточняющей диагностики.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о превалировании среди причин госпитализации цереброваскулярных болезней и дорсалгий, что следует учитывать при планировании неврологической помощи на территориальном уровне.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА НА ГРОДНЕНЩИНЕ

*Ком Т.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет». Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. М.И. Богуцкий*

Лайм-боррелиоз по географическому распространению и уровню заболеваемости занимает одно из ведущих мест среди природно-очаговых заболеваний. К неблагоприятным по заболеваемости относится и Гродненская область, на территории которой последние 10 лет отмечается существенный рост заболеваемости.

**Цель исследования:** изучение эпидемиологических особенностей распространения Лайм-боррелиоза на территории Гродненской области и оценка активности природных очагов этой трансмиссивной инфекции.

**Материал и методы исследования.** Для выполнения поставленной задачи изучена заболеваемость Лайм-боррелиозом за период 2002 по 2006 год в разрезе

районов области, результаты проведенного эпидемиологического расследования каждого случая Лайм-боррелиоза и исследования клещей, снятых у лиц, подвергшихся укусам, на зараженность возбудителем болезни Лайма методом РНИФ.

**Полученные результаты и их обсуждение.** За изучаемый период на территории Гродненской области было зарегистрировано 187 случаев Лайм-боррелиоза, среди заболевших 5 детей и 182 взрослых. Показатель заболеваемости вырос с 1,07 на 100 тысяч населения в 2001 году, до 5,6 в 2006 году (в 5,23 раза). В 2006 году, по сравнению с 2005 годом, число заболевших увеличилось на 170,3% и в 5 районах области Лайм-боррелиоз был зарегистрирован впервые. Чаще болели жители г.Гродно (41,8%), Волковысского (15,9%) и Гродненского (10,3%) районов. В 80 процентах случаев заболевшие указывали на укусы клещами при посещении леса и в 20% - во время работы и отдыха на дачных участках, расположенных вблизи лесных массивов. Сезонный подъем заболеваемости начинался в июне, пик заболеваемости приходился на период с августа по ноябрь (82,2% заболевших), что обусловлено периодом активности иксодовых клещей – основных переносчиков возбудителей Лайм-боррелиоза (Р.Л. Наумов, И.С.Васильева, 2001).

Во всех случаях у заболевших отмечались местные проявления на коже в виде мигрирующей эритемы, которые в 24,1% случаев сочетались с умеренно выраженным общеинфекционным синдромом, и в 12,7% случаев с суставными и мышечными болями. В 70,2% случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме, в 29,8% - в легкой. Инкубационный период колебался от 7 до 15 дней.

Возросло количество лиц, обратившихся по поводу укусов клещами, с 555 в 2002 г. до 5525 в 2006 году (в 9,95 раза). По данным Гродненского областного ЦГЭ и ОЗ, последние 3 года методом РНИФ исследовано 3663 клеща, доставленных от укушенных клещами людей. По результатам исследований зараженность иксодовых клещей возбудителем Лайм-боррелиоза составила 28,1% (А.Р. Хутко с соавт., 2007). Отряд Parasitiformes на территории Гродненской области представлен двумя видами: *Ixodes ricinus* и *Dermacentor reticulatus*.

Полученные результаты позволяют сделать заключение, что на территории Гродненской области существуют активные природные очаги Лайм-боррелиоза и наблюдается существенный рост заболеваемости данной инфекцией среди людей. Инфицированность иксодовых клещей возбудителем Лайм-боррелиоза за последние 3 года сохраняется на достаточно высоком уровне.

**ПРОФЕССОР В.Ч.БРЖЕСКИЙ:  
СОЦИАЛ-ГИГИЕНИСТ И ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ**

*Кохковский Д.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель - к.м.н., ассист. Игнатович Ф.И.*

Доктор медицинских наук, профессор В.Ч. Бржеский (1913-1984) принадлежит к числу ученых, которые внесли значительный вклад в развитие социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. Однако его жизни и деятельности посвящены лишь единичные публикации, в основном, в энциклопедических изданиях. В связи с приближающимся 95-летием со дня рождения представляется целесообразным восполнить этот пробел.

После окончания в 1936 г. Ленинградского мединститута Витольд Чеславович работал врачом и организатором здравоохранения в РСФСР (начальник медслужбы полка, судовой врач на ледоколе «Ермак», начальник Псковской областной

госсанинспекции, главврач Тихвинского кожвендиспансера, Медвежьегорской ЦРБ), сочетая практическую деятельность с научной. В 1958 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Научная деятельность советских практических врачей в области хирургии».

С 1961 г. В.Ч. Бржеский работает в Гродненском мединституте, где основал и до 1982 г. бессменно возглавлял кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения. В 1969 г. им защищена докторская диссертация на тему: «Очерки истории земской хирургии». В 1970 г. ему присвоено звание профессора. Им лично и под его руководством в течение ряда лет проводились исследования по изучению заболеваемости с временной потерей трудоспособности среди рабочих промышленных и сельскохозяйственных предприятий. Обобщенные результаты послужили основой для разработки профилактических мероприятий, которые внедрены в практику. Серьезное внимание уделялось острым проблемам экономики здравоохранения и совершенствованию управления медицинскими учреждениями, особенно расположенными в сельской местности. Значительный интерес представляют публикации, отражающие результаты углубленного изучения заболеваемости лиц престарелого и старческого возраста, на основании которых определена потребность этих групп населения в медицинской помощи. Актуальностью и своевременностью отличаются исследования, касающиеся совершенствования работы медицинских вузов, повышения качества преподавания и подготовки врачей. Нередко поднимаемые вопросы становились предметом дискуссий в печати.

Проф. В.Ч. Бржеский также широко известен как историк медицины и здравоохранения. Он лично работал в 52 отечественных и двух зарубежных архивах. Значительный вклад им внесен в обобщение научных достижений практических врачей, восстановление их приоритета в различных областях хирургии. Широкое признание получила его деятельность по выявлению, учету и систематизации данных о заслуженных деятелях медицины и здравоохранения. Собранные им ценные материалы, касающиеся увековечения 1304 лиц, хранятся в Государственном архиве Гродненской области (фонд 260). Они обобщены в двухтомном указателе, который пока не опубликован. По его ходатайствам были увековечены имена 65 ученых-медиков и медицинских работников. В областных и районных газетах бывшего СССР опубликовано свыше 1500 статей. Они имеют большую ценность и широко используются для пополнения региональных медицинских и краеведческих музеев.

К сожалению, в отношении самого проф. В.Ч. Бржеского, так много сделавшего для увековечения других, пока еще сделано мало. Посвящение данной студенческой конференции его имени является продолжением традиции, сложившейся в нашем университете. Это не только проявление глубокого уважения, но и защита от забвения.

## **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ РУМЛЕВСКОГО ЛЕСОПАРКА И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ИХ ОБИТАНИЯ**

***Коцеев Ю.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – к.м.н., асс. Игнатович Ф.И.*

Румлевский лесопарк в Гродно – уникальный природно-географический комплекс, имеющий важное научно-историческое, культурно-эстетическое и оздоровительное значение. В 1993 г. он объявлен памятником природы местного значения и взят под охрану. В настоящее время на его территории выявлено и

исследовано около 200 видов растений. К сожалению до сих не уделялось должного внимания изучению их лекарственных свойств.

Исследованием биологического разнообразия флоры Румлевского лесопарка мы начали заниматься еще в период обучения в гимназии №1, принимая участие в работе экологического кружка «Экосвет». Это позволило приобрести навыки в сборе образцов растений, определении их видов и создании гербария. Цель настоящей работы: выявление и оценка состояния растений, имеющих лекарственное значение, определение их жизненных форм и нуждаемости в профилактической охране.

На основании собственных наблюдений и литературных данных, нами на территории Румлевского лесопарка выявлено и учтено 86 видов дикорастущих лекарственных растений. В соответствии с эколого-морфологической классификацией они разделены на древесные, кустарниковые и травянистые.

В количественном отношении самая многочисленная группа – травянистые растения. В нее включен 51 вид растений. Среди них наибольшую известность и ценность имеют: зверобой продырявленный, ландыш майский, ромашка ободранная, мать-и-мачеха обыкновенная, пижма обыкновенная, подорожник ланцетовидный, чебрец обыкновенный, чистотел большой и др. Большинство из этих трав широко применяется в народной медицине, а некоторые являются сырьем для приготовления официальных лекарственных препаратов.

Второе место по видовому разнообразию занимают древесные растения. Эта группа состоит из 19 видов. Чаще других в лесопарке встречаются сосна обыкновенная, липа мелколистная, рябина обыкновенная, ольха черная, дуб черешчатый, тополь черный, черемуха и др. Они менее популярны среди населения, но также обладают ценными клинико-биологическими свойствами.

Третьей по количеству является группа кустарниковых растений, включающая 16 видов. Из них представляют интерес и находят применение не только в народной медицине, но и в медицинской практике боярышник кроваво-красный, крушина ломкая, облепиха крушиновидная, шиповник, барбарис обыкновенный, омела белая, малина обыкновенная и др.

Современное экологическое состояние Румлевского лесопарка нельзя признать удовлетворительным. Допускается уничтожение ценных и редких растений, в т.ч. лекарственных. При ранжировании выявленных факторов угрозы их существованию установлено, что снижение численности в основном связано с прямым уничтожением растений и мест их обитания. Основная причина состоит в том, что отдыхающие в нарушение установленных правил занимаются вырубкой и выжиганием деревьев и кустарников, срывают цветущие растения, вытаптывают травянистый покров, загрязняют его мусором и пр.

Представленные результаты показывают, что для сохранения Румлевского лесопарка и его флоры необходимо снижение рекреационной нагрузки и усиление экологического воспитания населения.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МРТ И РКТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФЛЕГМОН ГЛУБОКИХ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ШЕИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Кравцевич Л.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь.*

*Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии*

В настоящее время проблема острой гнойной инфекции при ЛОР-заболеваниях и заболеваниях челюстно-лицевой области остается актуальной. Серьезную опасность

для жизни больных представляют флегмоны шеи, что обусловлено анатомо-топографическими особенностями данной области, быстрым распространением воспалительного процесса по клетчаточным пространствам, развитием медиастинита и генерализацией инфекции.

Часто флегмоны сосудистого пространства шеи протекают с отсутствием или слабой выраженностью местных и общих симптомов, которые характерны для тяжелых нагноительных процессов. Диагностика флегмон, помимо клиничко-лабораторных исследований, должна основываться на данных рентгенологического исследования шеи в боковой проекции по Земцеву. По данным Nagy M., Backstrom J, 1999 информативность боковых рентгенограмм шеи для диагностики флегмон шеи составляет 83%. В последнее время широко используется РКТ (рентгено-компьютерная томография) или МРТ (магнитно-резонансная томография).

Цель исследования: определить необходимость использования РКТ и МРТ исследований в диагностике тяжелых флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи и их осложнений.

За период 2004-2007 гг. нами проанализированы 54 РКТ и МРТ исследования, которые применялись для диагностики флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи и их осложнений, у 45 (83,3%) пациентов - процесс локализовался в пределах клетчаточных пространств шеи. У 9 пациентов (16,7%) гнойно-воспалительный процесс распространялся в средостение, хотя клиническое подозрение на медиастинит было только у 8 пациентов.

С помощью РКТ и МРТ исследований мы можем определить локализацию и распространенность гнойного процесса, а также тактику хирургических вмешательств, базирующуюся на результатах этих исследований. С одной стороны, с помощью этих исследований мы можем определить локализацию и возможные затеки, а с другой стороны - не всегда оправданы обширные оперативные вмешательства при локализованных процессах, т. к., во-первых, они могут протекать с осложнениями, во-вторых, увеличиваются сроки заживления ран, реабилитации и сроки временной нетрудоспособности таких пациентов.

**Выводы.** Таким образом, клиничко-диагностическая эффективность рассматриваемых исследований доказывает их высокую значимость. Эти исследования позволяют значительно увеличить объем получаемой информации и существенно уменьшить лучевую нагрузку. Поэтому наряду с клиническими методами использование РКТ и МРТ исследований для диагностики гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области следует считать необходимым и обязательным.

## **СОЦИАЛЬНО- СИТУАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА, СОВЕРШЕННЫХ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

***Кравчук Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской психологии и психотерапии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент В.А. Карпюк*

Проблема совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних является достаточно актуальной в настоящее время в связи с ростом преступлений подобного рода.

Целью настоящего исследования явилось изучение социальных характеристик детей, подвергшихся насильственным действиям сексуального характера и ситуативных аспектов совершенных преступлений.

В работе использовались материалы архивов Гродненского отделения судебно-психиатрической экспертизы за 2001-2006 года. За анализируемый период времени экспертной оценке были подвергнуты 13 жертв сексуального насилия, по фактам которых были возбуждены уголовные дела.

В ходе исследования получены следующие данные.

Пол детей, подвергшихся насилию: женский- 77 %, мужской- 23 %.

Возраст исследуемых - от 5 до 15 лет, причем, в 61,5 %- 12 лет, 15,4 %- 11 лет, 7,7 %- 15 лет, 7,7 %- 10 лет, 7,7 %- 5 лет.

Большинство детей воспитывалось в социально неблагополучных семьях (53,8%). В неполных- 30,8 %. В благополучных семьях - 15,4 %.

При оценке психического здоровья подэкспертных жертв сексуального насилия 46,2% страдали умственной отсталостью. Наследственность психопатологически отягощена у 46,2 %.

Формы сексуального насилия: половой акт – в 54% случаев (из них 23%-анальный), развратные действия - в 46%. 47,2% детей неоднократно подвергались сексуальному насилию со стороны одних и тех же людей, как правило, хорошо им знакомых (близкими родственниками – в 23% случаев, в остальных случаях сожителями матери или друзьями семьи).

15,4% подэкспертных полностью осознавали смысл и значение насильственных действий, 69,2% по уровню своего психического развития могли воспринимать конкретные обстоятельства, характер и внешнюю сторону действий без осознания в полной мере их социального, морального и нравственного значения, 15,4% не осознавали и внешнюю сторону сексуального насилия.

У пострадавших подэкспертных отмечалось ухудшение качества сна, трудности с засыпанием, ночные кошмары (38,5 %), страх, особенно в темноте (46,2%), плаксивость (30%), тревожно- депрессивная реакция (41%), снизилась успеваемость в школе (57,1%).

В результате данного исследования установлено: насильственным действиям подвергаются несовершеннолетние лица обоих полов различного возраста. В большинстве случаев это дети, воспитывавшиеся в социально-неблагополучных или неполных семьях, страдающие умственной отсталостью различной степени, наиболее беззащитные, неспособные оказать достойного сопротивления. В то же время, в ряде случаев дети сами провоцировали насильственные действия по отношению к себе. Около половины этих преступлений совершались неоднократно хорошо знакомыми жертве людьми, вошедшими к ним в доверие, в том числе, имели место инцестные связи. В большинстве случаев малолетние дети (5-10 лет) не могли полностью адекватно воспринимать смысл и значение сексуальных действий по отношению к ним. Однако ситуация насилия явилась для них психотравмирующей и вызвала такие психические расстройства, как нарушения сна, страхи, плаксивость, боязнь оставаться одним, тревогу.

## **СОЧЕТАНИЯ ЛИЦЕВЫХ АСИММЕТРИЙ С СЕНСОРНЫМИ И МОТОРНЫМИ АСИММЕТРИЯМИ**

***Кравчук П.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научные руководители – к.м.н. Дорохина Л.В.; к.м.н. Орехов С.Д.*

Общеизвестна важная роль лицевой экспрессии в выражении эмоций. Ведущее значение в проявлении и оценке эмоций играет правое полушарие. Левое полушарие



определяет в основном произвольные мимические реакции. [1, 2, 3]. Таким образом, психофизиологическое состояние неравнозначно проецируется на левую и правую половину лица [1, 2]. В литературе имеются многочисленные данные о клиническом значении функциональной асимметрии мозга [4, 5]. Известные способы определения доминантного полушария достаточно трудоемки и дорогостоящи. Поэтому цель нашего исследования состояла в простом и доступном определении лицевых асимметрий у здоровых испытуемых и оценке их связей с сенсорными и моторными асимметриями.

Была проведена оценка лицевой асимметрии у 151 студента 2-го курса ГрГМУ в возрасте от 18 до 23 лет, которая оценивалась по координатам 21 точки на фронтальном портрете. Фотографии выполнены цифровым фотоаппаратом 5 Мпкс. Показатели сенсо-моторных асимметрий определены по стандартным методикам. У 70 студентов были измерены все указанные параметры. Полученные данные были обработаны на персональном компьютере с помощью прикладных программ "Excel" и "Statistica 6.0".

Корреляционный анализ показал, например, достоверную положительную зависимость результата теста «Поза Наполеона» с асимметрией высоты угла рта. Положительные корреляции означают совпадение доминирующей стороны для изучаемых пар признаков, отрицательные – несовпадение. Перекрест пальцев положительно связан с асимметрией ширины глаз, асимметрия силы кисти – с горизонтальной асимметрией середины верхнего века. В общей сложности обнаружено девять достоверных положительных зависимостей и четыре – отрицательных. Только асимметрия смещения зрачка кнаружи в глазной щели отмечена сразу тремя отрицательными корреляциями - с электрочувствительностью голени, пробой с часами и отклонением от заданного направления.

Наличие достоверных положительных корреляций параметров лицевой асимметрии с показателями сенсо-моторных асимметрий позволяет говорить об общих механизмах их детерминации. Асимметрия изученных показателей портрета может быть использована в психофизиологических, клинических и этнографических исследованиях. Отрицательная корреляция асимметрии смещения зрачка с несколькими параметрами может говорить о том, что этот показатель выражает доминирование при смещении внутрь.

#### **Литература:**

1. Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
2. Данилова Н.Н. Психофизиология. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 373 с.
3. Симонов П.В. Лекции о работе головного мозга. Потребностно-информационная теория высшей нервной деятельности. – М.: Институт психологии РАН, 1998. – 98 с.
4. Kalin N.H. Primate models to understand human aggression // J. Clin. Psychiatry. 1999. – Vol. 60. – P. 29-32.
5. Salgado-Pineda P., Caclin A., Baeza I., Junqué C., Bernardo M., Blin O., Fonlupt P. Schizophrenia and frontal cortex: where does it fail? // Schizophr. Res. – 2007. – Vol. 91, № 1-3. – P. 73-81.

## АЛКОГОЛИЗМ В СТРУКТУРЕ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Криштанович О.В., Кузьмицкая Л.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра фтизиатрии*

*Научный руководитель – к.м.н., Д.В. Шевчук*

Злоупотребление алкоголем традиционно рассматривается фтизиатрами как один из важнейших факторов риска. Его можно рассматривать как медицинский риск, т.к. хронический алкоголизм приводит к нарушению ряда метаболических процессов в организме, что в определенной мере способствует развитию туберкулеза. С другой стороны, злоупотребление алкоголем приводит к социальной деградации человека, провоцирует отказ от трудовой деятельности, неадекватное и нерегулярное питание, увеличивает риск контакта с бактериовыделителями, что также способствует развитию туберкулеза.

Показатели заболеваемости хр. алкоголизмом колеблются, по данным разных авторов, от 10 до 100 на 100 тыс. населения. По данным лаборатории проблем наркологии Гродненского медуниверситета, заболеваемость алкоголизмом за последние 10 лет возросла в Гродненской области с 97,8 до 284,5 на 100 тыс. населения, т.е. почти в 3 раза. За этот же период отмечено увеличение алкогольных психозов с 17,6 до 22,9, острых алкогольных отравлений с 20,0 до 30,7 и алкогольных циррозов печени с 7,3 до 18,8 на 100 тыс. населения. Приведенные данные свидетельствуют о снижении культуры употребления алкогольных напитков в нашем регионе в последние годы.

Частота сочетания алкоголизма и туберкулеза, по данным зарубежных авторов, колеблется от 6,8 до 69%. Установлено, что в 80 – 95 % случаев туберкулез развивается на фоне алкоголизма, а не наоборот.

По данным, полученным на кафедре фтизиатрии ГрГМУ в период с 1992г по настоящее время среди впервые выявленных пациентов злоупотребляли алкоголем 31,0%. Летальность среди них составила 39%, в то время как в группе непьющих - 7,8% ( $p < 0,05$ ).

Нами проведен анализ случаев смерти от туберкулеза пациентов Гродненского областного противотуберкулезного диспансера за период 2001- 2006гг. Всего умерло за этот период 288 таких пациента. Данные об употреблении ими алкоголя представлены в таблице.

Таблица. Употребление алкоголя пациентами, умершими от туберкулеза в ГОПТД за период 2001-2006гг.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
не употребляет	9 (30%)	7 (17,5%)	5 (10,8%)	17 (34,7%)	6 (8,9%)	14 (25%)
умеренно	5 (16,7%)	6 (15%)	12 (26,1%)	9 (18,4%)	23 (34,3%)	10 (17,8%)
Злоупотребляет не состоит на учете	9 (30%)	14 (35%)	14 (30,4%)	11 (22,4%)	20 (29,9%)	16 (28,6%)
Хронический алкоголизм	7 (23,3%)	13 (32,5%)	15 (32,6%)	12 (24,5%)	18 (26,9%)	16 (28,6%)

Подытожив полученные данные, можно сделать вывод, что роль злоупотребления алкоголем, как фактора риска в развитии туберкулеза и смерти от этой патологии на протяжении всего анализируемого периода, к сожалению, остается высокой. Причем в структуре смерти от туберкулеза доля пациентов, злоупотребляющих алкоголем, но не состоящих на учете, примерно равна доле хронических алкоголиков. Эти цифры говорят о необходимости принятия более действенных мер со стороны наркологической службы. В среднем среди умерших за отчетный период доля злоупотребляющих алкоголем составила 57,3%.

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ И НЕЙРОНАХ ГИПОТАЛАМУСА КРЫС ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА**

*Крупский С.А., Барабан О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

*Научный руководитель – д. б. н., проф. С.М. Зиматкин*

Цель исследования: установить динамику смертности, изменения массы тела, биохимических изменений в крови и гистаминергических нейронах ядра E2 гипоталамуса крыс при перевязке общего желчного протока.

Исследование проведено на 123 беспородных белых крысах - самцах, массой 230 ± 30 г. Моделирование холестаза у опытных животных осуществляли путем перевязки общего желчного протока. Животным контрольной группы проводили лапаротомию без перевязки общего желчного протока. После взвешивания крыс забивали декапитацией под глубоким эфирным наркозом на 2, 5, 10, 20, 45 и 90 сутки эксперимента.

Кровь собирали в пробирки с последующим получением сыворотки путём центрифугирования. В сыворотке крови биохимическими методами определяли содержание общего холестерина, общего, связанного и несвязанного билирубина, активность аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы. Кусочки гипоталамуса замораживали и хранили в жидком азоте. Серийные фронтальные криостатные срезы толщиной 20 мкм, проходящие через ядро E2 гипоталамуса, окрашивали по Нисслию и обрабатывали на выявление активности моноаминоксидазы типа Б (МАО Б), сукцинатдегидрогеназы (СДГ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), НАДН-дегидрогеназы (НАДН-ДГ) и НАДФН-дегидрогеназы (НАДФН-ДГ), глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы (Г-6-Ф-ДГ) и кислой фосфатазы (КФ). Оптическую плотность цитоплазмы исследуемых нейронов оценивали при помощи компьютерного анализатора изображения Bioscan NT 2.0. Полученные цифровые данные обрабатывали непараметрическими методами с помощью программы Statistica 6.0 для Windows.

При моделировании подпеченочного холестаза наблюдалась гибель 67,2 % опытных крыс на разных сроках эксперимента. На 3-5 сутки холестаза погибло 14,4 % животных, на 6-20 сутки – 17,2 %, а на 21-40 сутки эксперимента – 35,6 %. После 40 суток оперированные опытные животные не погибали. У крыс с перевязкой общего желчного протока до 20 суток наблюдалось снижение, а на 45-90 сутки прирост массы тела, однако он не достиг уровня массы тела контрольных крыс.

В сыворотке крови после перевязки общего желчного протока выявлена гипербилирубинемия, максимум которой приходится на 5 сутки и гиперхолестеринемия с максимумом на 10 сутки. При этом в крови была повышена активность исследованных ферментов. Через 90 суток после начала эксперимента все

изученные показатели крови опытных животных не отличались от контрольных значений.

У опытных животных наблюдались значительные нарушения активности ключевых ферментов метаболизма гистаминергических нейронов ядра E2 гипоталамуса: СДГ, ЛДГ, Г-6-Ф-ДГ, НАДН-ДГ и НАДФН-ДГ, а также КФ и МАО Б. Эти изменения выявлялись уже через 5 суток после перевязки общего желчного протока, через 10-20 суток достигали максимума, через 45 суток уменьшались, а через 90 суток полностью исчезали. При этом, для разных ферментов, динамика и направленность изменений активности отличаются: активность СДГ снижается, а активность ЛДГ, НАДН-ДГ, НАДФН-ДГ и, особенно, КФ возрастает. Активность МАО Б на 10 и 20 сутки холестаза снижается, а на 45 сутки – возрастает, а Г-6-Ф-ДГ, наоборот, на 10 и 20 сутки холестаза возрастает, а на 45 сутки – снижается. Нормализация метаболизма гистаминергических нейронов гипоталамуса коррелирует с самопроизвольным исчезновением холестаза (по показателям крови) у опытных животных. Причиной этого явления может быть прорастание обходных желчевыводящих протоков, приводящее к восстановлению желчевыведения.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

*Кулеш А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической  
биохимии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Губарь В.В.*

По данным литературы, смертность от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляет 5-10% от больничной смертности в целом. В комплексе профилактических мер против ТЭЛА применение антикоагулянтов является актуальным вопросом для снижения летальности. Последние годы, наряду с нефракционированным гепарином, в клиническую практику внедряются низкомолекулярные гепарины (НМГ): фраксипарин, клексан, фрагмин и др.

**Цель исследования:** Проанализировать результаты применения НМГ в профилактике ТЭЛА у больных хирургического профиля.

**Материалы и методы:** Исследования выполнены на основе ретроспективного анализа историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи (БСМП) в период с 2003 года по 2007 год. Нами проведена оценка методичности применения НМГ по каждому случаю ТЭЛА за указанный период.

**Результаты исследований:** Анализ летальности от ТЭЛА по больнице за пятилетний период показал, что эти цифры существенно отличаются от известных по данным литературы: 2003 год – 5,1 %, 2004 год – 6%, 2005 год – 6,3%, 2006 год – 1,6%, 2007 год – 5,6%. До 2004 года профилактика ТЭЛА проводилась в объеме традиционных методов без применения НМГ; применение НМГ в практике хирургических отделений началось с 2004 года. Установлено, что в большинстве случаев применение НМГ проводилось с отступлением от существующих рекомендаций: не применялся вообще, применялся однократно или назначался в день оперативного вмешательства, применялся после оперативного вмешательства; у ряда больных в послеоперационном периоде проводилась смена препаратов НМГ при профилактике ТЭЛА. Из 57 случаев ТЭЛА за 5 лет чаще всего это осложнение

возникало на 2-6-8 сутки. Однако наблюдались и другие сроки возникновения ТЭЛА: на операционном столе, на 14, 16, 18, 19-е - сутки после операции и спустя 10 суток после прекращения введения НМГ. Обращает внимание один случай, когда у пациента с оскольчатый переломом шейки бедра наблюдалась тромбэмболия мелких ветвей легочной артерии на 15 сутки после операции, а затем рецидив ТЭЛА месяц спустя. В данном случае у больного применили последовательно нефракционированный гепарин, клексан и фраксипарин. Значительное снижение количества ТЭЛА у пациентов хирургического профиля (до 1,6%) в 2006 году можно отнести за счет более пунктуального выполнения инструкций по применению НМГ. При анализе данных коагулограммы в 60% случаев наблюдалось наличие положительного или слабopоложительного теста. Из-за ограниченного количества данных коагулограммы других закономерностей не выявлено. Наиболее часто это осложнение встречалось в возрасте 50-70-ти лет и, особенно, с наличием сопутствующей патологии сердечно – сосудистой системы (71,8%). Нам не удалось установить преимущества какого-либо препарата НМГ в профилактике ТЭЛА.

**Выводы:** пунктуальное выполнение рекомендаций по применению препаратов НМГ позволяет добиться большей эффективности в профилактике ТЭЛА у больных хирургического профиля.

## **ЯДОВИТЫЕ ЖИВОТНЫЕ, РЕАЛЬНЫЕ И МИФИЧЕСКИЕ**

***Кудян Е.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Ивашин В.М.*

Как известно, ядовитость – универсальное и широко распространенное явление в живой природе. Среди них есть виды, о которых издавна слагались легенды, чьи отзвуки до сих пор управляют поведением людей при встрече с ядовитыми животными. Многие из них являются источником повышенной опасности для человека, но они также обладают ядами с удивительными свойствами, применение которых в научных лабораториях и клиниках уже принесло пользу. Один вид многих ядовитых животных вызывает у людей растерянность или панику, что значительно снижает эффективность мероприятий по само- и взаимопомощи при укусах ядовитыми животными. Причины этих реакций человеком, как правило, не осознаются и носят спонтанный, непредсказуемый характер. Всех ядовитых животных можно разделить на 2 большие группы: - первично- ядовитые, - вторично- ядовитые.

К первой групп относят животных, вырабатывающих ядовитый секрет в специальных железах или имеющих ядовитые продукты метаболизма. Их ядовитость является видовым признаком. Вторично- ядовитые животные аккумулируют экзогенные яды и проявляют токсичность только при употреблении в пищу. При оценке токсичности зоотоксинов важное значение имеет путь их введения в организм. Как правило, белковые токсины вводятся парентерально. Напротив, токсины небелковой природы эффективны при поступлении внутрь.

Общее количество видов змей близко к 3000. Из них 58 видов принадлежат к фауне бывшего СССР, среди которых 11 видов являются опасными и ядовитыми для человека. Змеиные яды- сложный комплекс биологически активных соединений: ферментов( главным образом, гидролаз), токсичных полипептидов, ряда белков со специфическими биологическими свойствами, а также неорганических компонентов. В состав яда ряда змей входят нейротоксины, нарушающие передачу возбуждения в нервно- мышечных синапсах. При попадании значительного количества яда гадюки в

кровеносное русло тотчас развиваются общие проявления: головокружение, головная боль, тошнота, рвота, понос, кровотечение из слизистых оболочек, тахикардия, снижение АД вплоть до коллапса со смертельным исходом.

Ядовитые железы у земноводных расположены в нижнем слое кожи, имеют шаровидную или овальную форму и выделяют слизистую жидкость, в которой находится ядовитое вещество. Амфибии, у которых более развиты эти железы, могут произвольно увеличивать выделение секрета и употреблять его как средство защиты. К ядовитым амфибиям относятся жабы: обыкновенная и зеленая. В их коже содержатся стерны, обладающие местным раздражающим действием. Для объяснения страха перед ядовитыми животными обратимся к теории психиатра Карла Юнга о структуре личности и архетипах, живущих в коллективном бессознательном человечества. Коллективное бессознательное – скопление эмоционально заряженных мыслей и воспоминаний, выведенных из родового опыта. Они детерминированы исторически глубоким прошлым, они общие для всех людей. В далеком прошлом столкнулись наши предки со змеями и ядовитыми амфибиями. Скрытные ночные животные, скользкие, холодные, они одним своим видом вызывали отвращение. Ведь любой непонятный объект вызывает у нас страх, так как несет потенциальную угрозу. Они оказались ядовитыми, то есть несли реальную опасность. Так страх обрел основание, и истории о змеях и жабах обрастали все новыми подробностями, вымыслами и небылицами. Сейчас, казалось бы, давно пора забыть наивные заблуждения предков, но коллективное бессознательное все еще довлеет над нами, и от страха перед змеями и жабами может избавить лишь помощь квалифицированного психолога.

## **ПРИЧИНЫ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ СТОПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Кузнецов А.Г. Жук С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. С.М. Смотрин*

Актуальность проблемы. Гнойно-некротические поражения стопы (ГНПС) – наиболее тяжелые осложнения таких заболеваний, как облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК) и сахарный диабет (СД). Удельный вес проксимальных ампутаций нижней конечности у этих больных достигает 50-60%. Наметившийся в последние годы курс на выполнение органосохраняющих операций даже у пациентов с «критической» ишемией нижних конечностей абсолютно оправдан. Однако проблема успешности ампутаций на уровне стопы, выполняемых по поводу гнойно-некротических изменений при хронической артериальной недостаточности (ХАН) по традиционным методикам, далека от ее решения. Отмечено, что после выполнения ампутации пальцев и сегментов стопы местные гнойно-некротические осложнения могут встречаться у 60-75% больных.

Цель исследования: изучить характер и частоту местных гнойно-некротических осложнений после дистальных ампутаций стопы (ДАС) у больных с ХАН, при традиционных хирургических подходах.

Материалы и методы. Нами проанализированы 40 случаев ДАС у больных с ГНПС вследствие окклюзионных заболеваний артерий нижних конечностей. Структура операций выглядит следующим образом: ампутация пальца – 32 случая, блока пальцев – 7, ампутация стопы – 1 больной. Среди них мужчин было – 23 (57,5%), женщин – 17 (42,5%), в возрасте от 44 до 82 лет. Средний возраст больных составил 65,2 года.

Причиной ГНПС явились у 13 (32,5%) человек - ОААНК, у 27 (67,5%) человек – СД, из них у 9 (33,3%) пациентов диагностирована ишемическая форма СДС, у 18 (66,6%) – нейроишемическая. Все пациенты имели IV степень ХАН (по классификации Покровского - Фонтейна).

Результаты. Первичное заживление послеоперационной раны отмечено лишь у 7 (17,5%) больных. У 33 (82,5%) в послеоперационном периоде развились местные гнойно-некротических осложнения. Некроз кожно-фасциальных лоскутов различной глубины и протяженности отмечен у 21 (52,5%) больного. При этом за счет тыльного лоскута – 14 случаев, подошвенного – 1, обоих лоскутов – 6. Гангрена соседнего пальца у 8 (20,0%) больных. Нагноение послеоперационной раны у 4 (10%) пациентов. Указанные осложнения у 12 (30%) больных привели к распространению гнойно-некротических изменений на всю стопу, с последующей высокой ампутацией конечности. Возникшие осложнения потребовали дополнительных операций у 18 (45%) больных, исходом, которых явилось вторичное заживление раны у 14 (35%) человек, выписка с гранулирующей раной на амбулаторное лечение у 7 (17,5%) больных.

**Выводы.** Дистальные ампутации стопы, выполненные по поводу гнойно-некротических поражений мягких тканей по традиционным методикам, без учета ХАН, сопровождаются большим количеством различных местных осложнений, которые нередко приводят к высокой ампутации конечности.

## **ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИСТАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Кузнецов А.Г. Жук С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. С.М. Смотриш*

**Актуальность проблемы.** Количество больных сахарным диабетом (СД) в мире превышает 100 млн., каждый год число их увеличивается на 5-7%, а каждые 12-15 лет удваивается. Ежегодный рост числа больных с гнойно-некротическими поражениями стоп (ГНПС), достигает 12%. Тактика лечения, направленная на выполнение малых ампутаций, сохраняющих опорную функцию конечности, абсолютно оправдана. Однако проблема, связанная с большим количеством (60-75%) местных гнойно-некротических осложнений в послеоперационном периоде, требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования:** проанализировать эффективность предлагаемой оперативной техники дистальных ампутаций стопы у больных с синдромом диабетической стопы (СДС).

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты лечения 65 больных с СДС, осложненным ГНПС в возрасте от 44 до 82 лет. Среди них мужчин было – 43 (66,2%), женщин – 22 (33,8%) человека. СД I типа выявлен у 9 (13,8%) человек, СД II типа у 56 (86,2%). Имели ишемическую форму СДС – 26 (40%) человек, смешанную – 39 (60%). Местно были выявлены следующие морфологические изменения: гангрена пальцев стопы – у 50 (76,9%) человек; гнойно-некротические язвы пальцев с разрушением межфаланговых и плюсне-фаланговых суставов – у 15 (23,1%) человек. Структура первичновыполненных операций выглядит следующим образом: ампутация пальца – 43 случая, блока пальцев – 6, ампутация стопы – 6.

Все пациенты были разделены на две группы. Контрольная (27 человек), в которой ампутации выполнялись по методикам, описанным в классических

руководствах по оперативной хирургии, без учета недостаточности кровоснабжения конечности. Основная группа (38 человек), в которой нами применена усовершенствованная методика ампутаций. Основопологающими принципами её являлись бережное отношение к тканям, обязательная резекция головок плюсневых костей в случае ампутации пальцев, и резекции суставных поверхностей костей предплюсны при ампутации сегментов стопы. Выделение головок плюсневых костей осуществляли субпериостально с применением специально разработанного нами распатора (патент № 4067). Для пересечения плюсневых костей не стали использовать костные кусачки. Применение пилы Джигли в этих случаях для защиты мягких тканей и артерий от механического повреждения сочетали со специально разработанным нами инструментом (патент № 3811). Важным моментом являлся отказ от стремления к максимально высокому выделению и удалению сухожилий подошвенного лоскута, что при СДС, может существенно нарушить микроциркуляцию. Гемостаз осуществляли исключительно лигированием сосудов. Зону культи закрывали полнослойными кожно-фасциальными лоскутами, без натяжения, так, чтобы кость не оказывала давление на мягкие ткани. Раны ушивались отдельными узловыми внутрикожными швами по разработанной нами методике (инструкция по применению № 81-0601). Дренаж ран осуществлялся с помощью резиновых выпускников.

**Результаты.** В основной группе общее количество местных гнойно-некротических осложнений снизилось с 78% до 48%, а количество повторно оперированных больных с 40% до 23%. Число ампутаций на уровне бедра уменьшилось с 22% до 8%; койко-день с 50,2 до 38,5.

**Вывод:** предлагаемая усовершенствованная методика дистальных ампутаций стопы у больных с СДС значительно уменьшает число местных послеоперационных осложнений.

## ПРИМЕНЕНИЕ КРИТЕРИЯ КРАМЕРА-УЭЛЧА В БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

*Кузьмич О. А., Лукашик Е.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – к. ф.-м. н., доцент С. И. Клинецвич*

Типичной задачей для биомедицины является обнаружение сходства или различий в двух или более выборочных группах. Например, для сравнения эффективности двух методик лечения используют наблюдение за двумя группами - экспериментальной группой, состоящей из  $n$  пациентов контрольной группы из  $m$  пациентов. В результате измерений некоторого показателя с помощью одной и той же процедуры были получены значения для экспериментальной группы  $\{x_i\}, i = 1, \dots, n$  и значения  $\{y_j\}, j = 1, \dots, m$  для контрольной группы. Предположим также, что значения величин  $x_k, y_p$  измерены в шкале отношений. Математическая постановка задачи выглядит следующим образом: имеется выборка объема  $n$  ( $x_1, x_2, \dots, x_n$ ) и выборка объема  $m$  ( $y_1, y_2, \dots, y_m$ ). Требуется проверить, является ли достоверным различие (сходство) в двух выборках.

Традиционным решением данной задачи является проверка различия или сходства средних значений выборок с использованием t-статистики Стьюдента. Алгоритм применения t-критерия состоит в вычислении выборочных средних, выборочных дисперсий для x- и y-выборок, значений параметра Стьюдента  $t$ . По заданному уровню значимости  $\alpha$  и числу степеней свободы  $f = m + n - 2$  определяется



критическое значение параметра  $t_{кр}$ . Если  $|t| < t_{кр}$ , то принимают нулевую гипотезу  $H_0$ :  $F(X)=Z(Y)$  об однородности выборок (здесь  $F(X)$  и  $Z(Y)$  - функции распределения соответствующих выборок). При  $|t| > t_{кр}$  принимают альтернативную гипотезу  $H_0$ :  $F(X) \neq Z(Y)$  – выборки разнородны.

Обоснованное применение t-статистики требует выполнения двух условий: а) функции распределения обеих выборок принадлежат к нормальному распределению с математическими ожиданиями  $m_1, m_2$ , и выборочными средними квадратическими отклонениями  $s_1, s_2$ :  $F(x)=N(x, m_1, s_1)$ ,  $Z(y)=N(y, m_2, s_2)$ ; б) выборочные дисперсии равны  $D(X)=D(Y)$ . Если условия а) и б) выполнены, то распределения  $F(X)$  и  $Z(Y)$ , будучи нормальными, отличаются лишь значениями выборочных средних. Только в этом случае применение t-статистики является безупречным. Вместе с тем, природа биомедицинских данных такова, что априори считать выборочные данные принадлежащими нормальному закону нет оснований. Существует много способов проверки нормальности распределения выборки, но результаты проверки могут считаться надежными только при большом числе наблюдений (~2500). Поэтому применение в биомедицине критерия Стьюдента не всегда является строго обоснованным.

Для обнаружения сходства/различия в выборочных средних биомедицинских данных, измеренных в шкале отношений, более корректным является применение статистики Крамера-Уэлча:

$$T = \frac{\sqrt{m \cdot n} |\bar{x} - \bar{y}|}{\sqrt{m \cdot s_x^2 + n \cdot s_y^2}} \quad (1)$$

Алгоритм применения критерия Крамера-Уэлча следующий: а) по формуле (1) вычислить для сравниваемых выборок  $\{x_i\}, i=1, \dots, n$  и  $\{y_j\}, j=1, \dots, m$  значение коэффициента  $T_{эксп}$ ; б) сравнить значение  $T_{эксп}$  с критическим значением  $T_{0,05}=1,96$ ; если  $T_{эксп} \leq T_{0,05}$ , то сделать выводы: «характеристики сравниваемых выборок совпадают на уровне значимости 0,05; если  $T_{эксп} > T_{0,05}$ , то заключить, что «достоверность различий сравниваемых выборок составляет 95%». В данной работе нами сравнивалась мощность критериев Стьюдента и Крамера-Уэлча для ограниченных выборок, характерных для биомедицинских исследований, по стандартным статистическим методикам, описанным в литературе. Полученные результаты показали преимущество статистики Крамера-Уэлча.

## ВЛИЯНИЕ НИТРАТОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

*Кулан О.А., Якимович О.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Военная кафедра, кафедра общей гигиены и экологии*

*Научные руководители – к.м.н., доцент Ивашин В.М.,*

*ассист. Мойсеёнок Е.А.*

По статистике последних лет, во всех развитых странах мира основной процент заболеваемости связан с нарушениями питания. Интенсификация сельскохозяйственного производства привела к возникновению новой медико-экологической проблемы, связанной с резко возросшей нагрузкой нитратов на организм человека.

Нитраты (соли азотной кислоты) с давних пор используются в качестве азотных удобрений. Среди них наиболее распространены калийная селитра  $KNO_3$ , чилийская селитра  $NaNO_3$ , кальциевая селитра  $Ca(NO_3)_2$ , аммиачная селитра  $NH_4NO_3$ .

Нитраты — элемент минерального питания растений, поставляющий им азот, необходимый для синтеза белка. Присутствуя в растениях, нитраты в небольших количествах всегда поступают в организм человека и животных, в результате чего у них сформировались адаптационные метаболические механизмы. Однако нерациональное применение минеральных удобрений, несоблюдение ряда агротехнических мероприятий приводят к избыточному накоплению нитратов в растениях.

Наиболее интенсивно накапливают нитраты черная редька, столовая свекла, листовой салат, щавель, редис, ревень, сельдерей, шпинат, листья петрушки, укроп. Считается, что злаки, фрукты, ягоды не накапливают опасные концентрации нитратов.

Мясные и рыбные продукты. В натуральном мясе уровень нитратов невелик – 5-20 мг/кг, а в охлажденной рыбе еще меньше - 2-15 мг/кг. Возрастающее в 6-10 раз содержание нитратов в корме коров и свиней приводит к увеличению содержания их в мышцах в 1,5-2 раза.

Вода является одним из источников поступления нитратов в организм человека. В воде системы городского водоснабжения содержание нитратов обычно невысокое (до 10 мг/л). Большие концентрации нитратов обнаруживаются в грунтовых водах и, в частности, в колодезной воде. Нитраты, поступающие в организм человека с водой, имеют особое значение, так как они в 1,25 раза токсичнее, чем нитраты, поступающие с продуктами питания.

Также опасность для человека представляют нитриты, которые образуются из нитратов при неправильном, либо долгом хранении овощей и фруктов (особенно поврежденных и битых). Процесс восстановления нитратов в нитриты значительно замедляется при хранении овощей в холодильнике, особенно в замороженном виде. Наибольшее количество нитритов накапливается в соках, приготовленных из тепличных овощей, особенно при комнатной температуре.

В опытах на животных выявлены тератогенное и эмбриотоксическое действие нитратов. Поэтому большую роль играют нитраты и в патологии детского возраста.

Наиболее действенный способ нейтрализации нитратов – кулинарная обработка продуктов. На концентрацию нитратов влияют и сроки хранения. Исследования показали, что после 6-месячного хранения их количество в корнеплодах снижается в 1,5 - 2 раза. Нитраты почти не обнаруживаются в овощах, хранящихся на зиму. Содержание нитратов снижается, если перед реализацией в течение 6 - 8 суток выдержать корнеплоды при повышенной температуре. Нельзя хранить овощи в луженой посуде, так как под действием олова нитраты восстанавливаются до нитритов, которые более опасны для здоровья.

В заключение можно сказать, что при использовании даже небольшой части данных рекомендаций можно в значительном объеме обезопасить себя и своих близких от последствий воздействия данных опасных соединений на организм.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

*Кулевский Д. И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской психологии и психотерапии*

*Научный руководитель-Толкач Е. А.*

Каждый телесный процесс подвергается прямому или косвенному воздействию психологических стимулов, потому что организм образует единое целое со всеми своими взаимосвязанными частями. Поэтому психосоматический подход может быть

применен к любому явлению, которое может иметь место в живом организме. Установлены терапевтические возможности лечения многих заболеваний, что вселяет надежду на дальнейшее применение психосоматического подхода, который обеспечивает синтез внутренних физиологических процессов и отношений индивида с его социальным окружением. Детальное знание взаимосвязи между эмоциональной жизнью и соматическими процессами расширяет функции врача: физическая и психическая помощь пациенту могут быть скоординированы в интегральном целом медицинской терапии.

Целью нашей работы является изучение функционирования основных эго-функций больных с соматизированным расстройством и подбор адекватных видов психотерапии на основании выявленных нарушений.

Первой и основной проблемой в работе с пациентами с соматизированным расстройством является низкая степень осознания. Такие пациенты не могут понять, оценить и осознать причины своего соматического неблагополучия, они не видят связи между душой и телом, тем более, используя сложные механизмы психологической защиты. В отличие от пациентов с другими невротическими расстройствами, которые испытывают психологический дискомфорт, больные с соматизированным расстройством не испытывают психологических проблем и не связывают их наличие со своим болезненным состоянием (наличие ригидного барьера, отделяющего центр осознаваемых переживаний от остальных интрапсихических структур, выявленного в результате исследования с помощью Я-структурного теста Аммона.) У больных соматизированным расстройством также наблюдается нарушение взаимодействия с окружающей группой и событиями внешнего мира (трудность продуктивной коммуникации с предметным миром по Г. Аммону). В результате, такие пациенты оказываются изолированными как от своего внутреннего, так и от внешнего мира, что, в свою очередь, вызывает высокое психоэмоциональное напряжение. Эмоционального отреагирования своих неосознаваемых переживаний не происходит.

Для таких пациентов важно применять те виды психотерапии, которые будут направлены на осознание своих внутренних проблем и переживаний, в первую очередь, через невербальные формы взаимодействия. В лечении пациентов с соматизированным расстройством мы предлагаем использовать такой вид психотерапии, как арттерапия.

Пациентам с соматизированным расстройством трудно, а, чаще всего, практически невозможно описать словами свои мысли и переживания, поэтому им легче выразить их в виде образов, чем в словах. Приемы арттерапии связаны с представлением о том, что в любом человеке, как подготовленном, так и неподготовленном, заложена способность к проецированию своих внутренних конфликтов в визуальные формы. По мере того как пациенты передают свой внутренний мир в изобразительном творчестве, они очень часто становятся способными описывать его и в словах. Выражая содержание собственного внутреннего мира в визуальной форме, человек постепенно движется к его осознанию. В результате, образы в арттерапии являются не только средством коммуникации между людьми, но и средством коммуникации между бессознательным и сознанием.

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ НАРКОМАНИИ**

*Курбат М.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра биологической химии*

Изучение генетики наркоманий представляет не только значительный научно-познавательный интерес, но и имеет большое практическое значение для профилактики

и лечения этого заболевания. Выявление генетических маркеров предрасположенности к злоупотреблению психоактивными веществами позволит определять группу биологического риска, чтобы проводить в ней специальные меры профилактики. Кроме того, знание генетических основ наркоманий даст возможность подойти к разработке методов генотерапии. Чтобы реализовывать вмешательство на генетическом уровне для лечения наркоманий, в первую очередь необходимо иметь генетический адрес, то есть знать гены, ответственные за предрасположенность к злоупотреблению наркотическими веществами и их структурные особенности. Анализ доступных литературных источников позволил сформировать и обобщить современное состояние данной проблемы, основные направления которой представлены ниже.

Поиск генов, ответственных за предрасположенность к злоупотреблению наркотиками, целесообразно вести именно среди генов, регулирующих дофаминовую нейромедиацию. При хронической наркотизации морфином возрастает активность тирозингидроксилазы – лимитирующего фермента синтеза катехоламинов. Эти изменения обнаружены в голубом пятне и в вентральной области покрышки. Причем, если в голубом пятне выявленный феномен коррелирует с изменениями экспрессии на уровне транскрипции, то в вентральной области покрышки его основой служат посттранскрипционные изменения.

Известно, что важную роль в метаболизме дофамина играет катехол-О-метилтрансфераза, прежде всего, в префронтальной коре – области мозга, участвующей в формировании индивидуальных особенностей психического статуса человека. При изучении функционального полиморфизма генов катехол-О-метилтрансферазы, определяющих синтез фермента с различной активностью - с высокой (H) и низкой (L), было обнаружено, что в группе больных с семейной отягощенностью пристрастием наблюдается увеличение доли гомозиготных генотипов LL и снижение доли гетерозиготных генотипов. То есть у больных опишной наркоманией наблюдается тенденция к увеличению доли гомозиготных генотипов, несущих L-аллель (вариант гена, кодирующего низкоактивную форму фермента).

В механизмы модуляции генома при опиатной наркомании вовлечены системы вторичных посредников. Так, циклический аденозинмонофосфат влияет на ДНК через специальный белок ssCRE-BP (single-stranded cyclic AMP response element-binding protein), на который, в свою очередь, действуют другие белки-регуляторы. Длительная наркотизация опиатами изменяет активность названной системы. Сложнее экстраполировать данные о сдвигах содержания мРНК в плане формирования феномена пристрастия. Основная проблема – временные несоответствия между изменениями экспрессии генома и формированием пристрастия: последний по длительности несопоставимо больше. В формировании психической зависимости, несомненно, задействованы и механизмы долговременной памяти, реализующиеся на уровне генома.

#### **Литература:**

1. Анохина, И.П. Биологические механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ / И.П. Анохина // Вопросы наркологии. - 2006. - №1. - С.21-30.
2. Головкин, А.И. Нейрохимия опиатной наркомании /А.И. Головкин, Д.А.Конопкин, Ю.А. Некрасов и др. // Нейрохимия. – 2000. – Т. 17. - №1. – С. 3-12.
3. Ball, D. Genetics of addiction / D. Ball // Psychiatry. – 2006. – N. 12. – P. 446-448.

# ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АМИНОКИСЛОТНОГО ДИСБАЛАНСА В ТАЛАМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ МОРФИНОВОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

*Курбат М.Н.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра биологической химии*

Злоупотребление алкоголем и наркотиками становится все более острой проблемой не только медицинского, но и социального характера. Массовое злоупотребление психоактивными веществами приводит к увеличению числа случаев отравления, травматизма, насильственных преступлений и т.д. При этом потребление наркотиков наиболее характерно для молодежи, в том числе подростков и детей. В механизмах патогенеза наркотического пристрастия немалое значение в настоящее время придается дисбалансу нейромедиаторных систем. Изучение проблемы взаимодействия опиатов с нейромедиаторными системами головного мозга давно привлекает внимание исследователей как в области фундаментальной науки, так и в клинической практике.

Свободные аминокислоты нервной ткани, формирующие так называемый аминокислотный пул, на протяжении многих лет были объектом тщательного изучения. Это объясняется не только исключительной ролью аминокислот как источников для синтеза большого числа биологически важных соединений, таких, как белки, пептиды, некоторые липиды, ряд гормонов, биогенных аминов и т.д. Аминокислоты или их дериваты участвуют в синаптической передаче в качестве нейротрансмиттеров и нейромодуляторов. Существенной является также их энергетическая значимость, так как дикарбоновые аминокислоты непосредственно связаны с циклом трикарбоновых кислот.

В экспериментальных моделях было показано наличие аминокислотного дисбаланса в различных структурах головного мозга при длительном введении морфина и его отмене (абстинентный синдром). По-видимому, не только морфин и продукты его биотрансформации могут влиять на концентрацию аминокислот, но и широчайшие нейрохимические нарушения, возникающие в головном мозге после прекращения его введения, что подтверждается выраженным дисбалансом аминокислотного пула в регионах ЦНС (в том числе и в таламической области) не исчезающим даже после недельного прекращения поступления наркотика.

С целью изучения возможности коррекции срыва аминокислотного гомеостаза в данном отделе головного мозга, экспериментальным животным внутрибрюшинно назначался "Тавамин" - комплексный аминокислотный препарат, состоящий из L-лейцина, L-валина, L-изолейцина и таурина, обладающий детоксицирующими, антиоксидантными, гепатопротекторными и противолучевыми свойствами. При анализе полученных данных обнаружена нормализация некоторых показателей аминокислотного обмена в таламической области как среди отдельных аминокислот (особенно серосодержащих цистатионина и цистеиновой кислоты), так и суммарных показателей аминокислотного фонда. Однако полной нормализации аминокислотного обмена не наблюдается, а по некоторым показателям (содержание глутамата, глицина, серина, лизина) регистрируется усугубление дисбаланса при назначении аминокислотной смеси.

Следовательно, метаболическая коррекция нарушений фонда аминокислот в таламической области с помощью аминокислотного препарата «Тавамин» носит ограниченный характер при данных экспериментальных условиях.

## **ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПЕРВОКУРСНИКОВ**

*Курилюк Т.А., Катович О.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

Здоровье студентов - одна из важнейших медико-социальных проблем. Особый интерес представляет выявление факторов риска в период адаптации к новым условиям жизни.

В связи с чем нами проведено анкетирование первокурсников Гродненского государственного медицинского университета. Опрошено 542 студента. Чуть больше половины всех опрошенных студентов восемнадцатилетние. Каждый пятый студент имеет возраст 17 лет, каждый десятый - 19 лет, каждый десятый студент - 20 лет и старше. На одного юношу приходится четыре девушки. Большинство студентов до поступления в университет проживали в городе. Только каждый третий студент медико-психологического факультета, каждый пятый студент других факультетов прибыли из сельской местности.

Большая часть студентов педиатрического, медико-психологического факультетов и каждый второй студент лечебного факультета живут дома с родителями. Каждый второй студент сестринского факультета и каждый восьмой студент остальных факультетов проживают в общежитии. Квартиру снимает пятая часть студентов.

Настораживает, что каждый третий студент медико-психологического, сестринского и каждый пятый студент лечебного и педиатрического факультетов имеют хронические заболевания. Лишь 20% лечебного и педиатрического, 15% медико-психологического и сестринского факультетов считают себя достаточно здоровыми.

Печально осознавать, что здоровый образ жизни ведут только каждый пятый студент медико-психологического и педиатрического, каждый третий студент лечебного и сестринского факультетов. Режим питания соблюдают лишь 1% студентов медико-психологического, 5% лечебного и педиатрического факультетов. Большинство студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического и сестринского факультетов питаются "как получится" из-за установленного расписания.

Отрадно, что каждый третий студент медико-психологического и педиатрического, каждый четвертый студент лечебного и каждый пятый студент сестринского факультетов никогда не пробовали курить; пробовали курить один раз - каждый четвертый студент лечебного, медико-психологического, педиатрического факультета, каждый второй студент медсестринского факультета.

Настораживает, что курит каждый день каждый десятый студент лечебного, сестринского факультета, каждый восьмой студент медико-психологического и педиатрического факультета. Каждый третий студент всех факультетов является пассивным курильщиком. Два из трех студентов всех факультетов попробовали алкоголь в возрасте от 15 до 18 лет, каждый третий в возрасте от - 11 до 14 лет. При этом каждый третий студент медико-психологического, сестринского, каждый пятый лечебного и педиатрического факультетов употребляет алкоголь несколько раз в месяц.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости укрепления медико-профилактической работы среди первокурсников.

## МИОМА МАТКИ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

*Курилюк Т.А, Катович О.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

До настоящего времени миома матки остается одной из самых распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов, требующих госпитализации, а в дальнейшем оперативных вмешательств, приводящих к снижению качества жизни и потере репродукции.

Целью нашего исследования явилось изучение госпитализированной заболеваемости миомой матки.

Использованы карты выбывшего из стационара (гинекологического отделения Гродненской клинической больницы №1 за 2004 год), обработанные статистическим методом.

В гинекологическое отделение были госпитализированы с диагнозом миома матки 660 женщин, из них 390 был выставлен диагноз – фибромиома матки, а остальным 260 женщинам – узловатая миома матки.

Большинство пациенток с фибромиомами проживают в городе (97% женщин, имевших диагноз - фибромиома матки, и 93% - с узловатыми миомами матки).

Госпитализация проводилась преимущественно в плановом порядке. Только каждая десятая женщина была госпитализирована по экстренным показаниям. В основном пациентки как с диагнозом - фибромиома матки (86%), так и с диагнозом - узловатая миома матки (83%) впервые получали стационарное лечение.

Возраст большинства госпитализированных женщин составил 40-59 лет (83% с диагнозом фибромиома матки и 80% с диагнозом – узловатая миома матки). К возрастной группе 20-39 лет относилось значительно меньше пациенток (14% и 17%, соответственно). Лишь 3% пациенток были старше 60 лет.

Средний срок госпитализации для пациенток, с диагнозом фибромиома матки составил 7 дней, а для пациенток, имеющих узловатую форму миомы матки – 8 дней.

У 65,6% женщин показанием к радикальному оперативному лечению явилось сочетание миомы матки и эндометриоза, из них у 6% - миома матки и аденомиоз сочетались с двусторонними эндометриоидными кистами яичников, что явилось показанием к надвлагалищной ампутации матки с придатками. У 28,1% пациенток миома матки больших размеров (более 14 недель беременности). Узловатая миома матки явилась показанием к оперативному вмешательству у 6,3% женщин. В группе женщин перименопаузального возраста основным показанием к оперативному лечению выступало наличие миомы матки, сопровождающееся менометроррагиями, приводящими к анемизации женщин у 39,2%, сочетание миомы и эндометриоза в 32,2% случаях и большие размеры миомы (14 недель беременности) у 28,6% женщин.

Большинство пациенток выписано с выздоровлением (56% с фибромиомой матки и 65% с узловатой формой миомы матки). Две из пяти женщин с фибромиомой матки (39%) и каждая третья с узловатой формой миомы матки выписаны с улучшением. Только у 5% пациенток состояние не изменилось или ухудшилось.

Таким образом, полученные результаты необходимо учитывать при организации стационарной помощи.

# ДИСБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ - ПРИЧИНЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Курлович Е.Г., Ведник Г.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Н.С. Парамонова*

Макроорганизм и населяющая его микрофлора являются сбалансированной экологической системой, весьма чувствительной к воздействию неблагоприятных факторов, которые могут приводить к изменению видового состава микробиоты. Несмотря на отсутствие клинических проявлений, даже компенсированная форма дисбактериоза может свидетельствовать о снижении функциональной активности регуляторных систем макроорганизма [1].

**Цель** исследования - определить наиболее частые причины нарушения микробиоты у детей различного возраста, проанализировать тактику ведения таких пациентов в амбулаторных условиях для оптимизации лечения и профилактики.

**Объект и предмет исследования:** в качестве объекта исследования служили амбулаторные карты детей 1989-2007 г.р., проживающих в г. Гродно, которым был выставлен диагноз дисбактериоз. Предмет исследования - лабораторно-клинические данные.

**Результаты:** Были изучены карты индивидуального развития (форма 112) 100 детей различного возраста. По полу и возрасту исследуемые распределились следующим образом (таблица 1):

Таблица. Возрастно-половая характеристика детей с дисбактериозом кишечника

Пол	0-1 мес.		1-6 мес.		6-12 мес.		1-6 лет		6-10 лет		10-14 лет		14-18 лет	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
м	1	1%	15	15%	6	6%	33	33%	3	3%	2	2%	1	1%
ж	2	2%	10	10%	1	1%	24	24%	-	-	2	2%	-	-
<b>Всего</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>	<b>25</b>	<b>25%</b>	<b>7</b>	<b>7%</b>	<b>57</b>	<b>57%</b>	<b>3</b>	<b>3%</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>1</b>	<b>1%</b>

Из представленной таблицы видно, что наиболее часто диагноз дисбактериоз кишечника выставляется детям от 1 года до 6 лет (57%), а также пациентам грудного возраста (35%). При сопоставлении с клинической картиной установлено, что нарушение биоценоза проявляется в виде функциональных расстройств пищеварительной системы (срыгивания, вздутие живота, младенческой коликой, послаблением стула или запорами), а также аллергической реакцией на пищу. При анализе причин, способствующих изменению микрофлоры кишечника выявлено, что у детей грудного возраста частой причиной дисбиоза является ранний переход на искусственное вскармливание, нерациональное питание, приём антибиотиков матерью во время беременности, осложненное течение беременности и родов.

Следовательно, при профилактике всех этих факторов и соблюдении детьми правильного питания можно значительно снизить риск заболевания дисбактериозом.

## **Литература:**

1. Васильев В.С. Дисбактериоз кишечника. Минск, Гродно. - 2002



## **ЗДОРОВАЯ МАТЬ - ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК**

***Кухарчик Ю. В., Кухарчик О. В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

Демографическая ситуация – это результат не только естественных процессов, но и социально-экономических условий, экологического состояния среды обитания, политической обстановки в стране. Президентом Республики Беларусь утверждена программа демографической безопасности. Укрепление здоровья женщин и детей имеет важнейшее государственное значение.

Целью исследования явилась оценка течения беременности. В работе использованы карты изучения акушерско-гинекологического анамнеза родильниц, обработанные статистическим методом. Анкетированы 250 женщин в возрасте от 15 до 39 лет. Из них 78% - замужние, 20% - в браке никогда не состояли, 2% - в разводе. Каждая вторая респондентка имела среднее или среднее специальное образование, каждая третья - неполное высшее или высшее.

Курение во время беременности увеличивает возможность выкидыша, гибели плода или ребенка сразу после рождения. 38% респонденток курят. Каждая вторая из них родила ребенка массой 1001-1500г., каждая шестая – ребенка массой 1501-2000г., каждая восьмая - 501-1000г.

У каждой пятой респондентки беременность закончилась родами в срок, у каждой второй - преждевременными родами, у каждой девятой - кесаревым сечением, у каждой тринадцатой - прерыванием беременности по медицинским показаниям. Мертворождение имело место у 15% респонденток. При этом вес у 60% рожденных детей составил менее 500г., у 40% - 501 -1000г. 85% респонденток родили живых детей. Из них у 5% - масса детей менее 500г., у 6% - 501-1000г., у 20% - 1001-1500г., у 18% - 1501-2000г., у 10% - 2001-2500г., у 10% - 2501-3000г., у 10% - 3001-3500г., у 19% - 3501- 4000г.

Первое место в структуре гинекологической заболеваемости респонденток занимает эрозия шейки матки (60%), второе место – хронический аднексит (17%). У каждой третьей беременность сопровождалось анемией, у каждой пятой – пиелонефритом.

Без осложнений беременность протекала у 37% исследуемых. Гестозы явились основным осложнением беременности. Состояние угрожающего выкидыша перенесла каждая десятая респондентка. У каждой пятнадцатой было маловодие.

Полученные результаты необходимо учитывать в организации акушерско-гинекологической помощи.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ (ИММУНИЗАЦИИ)**

***Кухарчук Л.Я., Гордюк И.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Заборовский Г.И.*

В настоящее время показатели здоровья детского населения во многом определяются достаточно широким распространением инфекционных заболеваний,

которые, нанося ущерб здоровью детей, усугубляют и без того сложную демографическую ситуацию в нашей стране.

Проведение плановой иммунизации детского населения направлено на улучшение эпидемической ситуации по инфекционной заболеваемости среди данного контингента. Однако сегодня вопросы о положительных и отрицательных сторонах профилактических прививок стали всё чаще обсуждаться различными специалистами.

Для изучения информированности и отношения родителей к иммунизации нами было проведено настоящее исследование.

Опрос проводился по специально разработанной анкете, состоящей из 26 вопросов с вариантами ответов. В анкетировании приняли участие представители различных возрастных групп. Среди них мужчины в возрасте 22-48 лет, женщины от 17-51 года. Общее число наблюдений составило 319 человек. Состав опрошенных по полу: мужчины – 7,84% (25чел.), женщины – 92,2% (294 чел.). Отмечался высокий образовательный уровень респондентов: более  $\frac{3}{4}$  имели среднее специальное (35,7%), профессионально-техническое (11,6%) и высшее образование (34,5%).

К сожалению, многие родители (около 41%) не знают, что такое календарь профилактических прививок. Отцы наименее осведомлены по данному вопросу (примерно каждый второй не знает). Установлена прямая зависимость между уровнем образования и знанием об иммунизации детей.

Большинство родителей (92,8%) согласны на проведение профилактических прививок, 7,2% - против иммунизации, из них каждый двадцатый респондент отмечает, что привитие производится без их согласия. Чаще всего родители отказываются от прививок в связи с болезнью ребёнка (79,9%). В ряде случаев (9,4%), по мнению родителей, прививки наносят вред.

Основная часть опрошенных (89,0%), считает, что согласие родителей является обязательным для иммунизации, из них 88,7% настаивают на письменном разрешении. Обращает на себя внимание факт, что около трети матерей (29,9%) не знает, от каких инфекций прививается их ребёнок. Родители считают, что они получают недостаточно информации от медицинских работников о проводимой иммунопрофилактике их детям (61,1%).

На вопрос «Отмечали ли Вы появление необычной реакции у ребёнка на проведенную прививку?» - 18,5% респондентов ответили положительно (в 15% - на АКДС, чаще в виде гипертермии и сыпи).

В процессе проведения исследования был выявлен факт ненадлежащего медицинского наблюдения во время иммунизации. К сожалению, в большинстве случаев (53%), не всегда проводились медицинские осмотры перед прививкой, а также и после прививки в течение предусмотренных 30 минут.

Таким образом, полученная информация нацеливает нас на то, что необходимо совершенствование осведомлённости родителей и повышение их компетенции в вопросах иммунизации вообще и в отношении их детей, в частности.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

***Кучко С.Ю., Яреценко Н.Ю.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга  
Научный руководитель – к.м.н. Соколова Т.Н*

На протяжении последних лет во всем мире отмечается значительный рост устойчивости возбудителей внебольничных и нозокомиальных инфекций к

антимикробным препаратам (АМП). Особое место в ее распространении играют внутрибольничные инфекции (ВБИ). При ВБИ наблюдается еще более высокие темпы эволюции возбудителей, особенно в развитии устойчивости их к антимикробным препаратам. ВБИ представляют собой чрезвычайно серьезную проблему здравоохранения даже в экономически развитых странах.

Среди всего многообразия микроорганизмов, вызывающих ВБИ, серьезное место занимают анаэробные микроорганизмы. Они вызывают различные типы тяжелых инфекций и характеризуются развитием устойчивости к широко применяемым антибактериальным препаратам, а также тяжелым течением и высокой летальностью.

В связи со складывающейся проблемой встает вопрос борьбы с ВБИ. Существуют различные направления решения этой задачи. Одним из таких направлений является поиск новых АМП. В Гродненском медицинском университете впервые был синтезирован ряд новых производных 5-нитротиазола и изучена их антимикробная активность. Эти вещества были исследованы на широком круге грамположительных и грамотрицательных аэробных микроорганизмов. Беря во внимание нарастающую роль анаэробной инфекции в структуре ВБИ, изучена антимикробная активность трех наиболее активных соединений на анаэробных микроорганизмах, выделенных у больных с диареей различной степени тяжести, развившейся после длительного приема АМП.

Материалом для исследования послужили 30 изолятов *Clostridium spp.*, выделенных у больных. Оценку антимикробной активности производных 5-нитротиазола проводили методом серийных разведений в агаре Вильсона-Блера. Антимикробную активность исследуемых соединений сравнивали с фармакопейным препаратом «нитазол», химическая формула которого наиболее близка по строению синтезированным соединениям.

Как показали исследования, новые производные 5-нитротиазола обладают высокой антимикробной активностью в отношении *Clostridium spp.*, выделенных у больных с диареей различной степени тяжести, развившейся вследствие длительного приема антимикробных препаратов.

Наибольшая антимикробная активность в отношении анаэробных микроорганизмов среди новых производных 5-нитротиазола была у производного N-(5-нитротиазол-2-ил)-N'-(4-Cl-1,2,4-бензолсульфониламино) алкандиондиамида.

Минимальная ингибирующая концентрация (МИК) этого соединения составила 0,03 мкг/мл, а у фармакопейного препарата «нитазол» МИК составила 0,06 мкг/мл, что несколько ниже.

Таким образом, новые производные 5-нитротиазола являются перспективными для дальнейшего изучения и возможного внедрения в практическое здравоохранение, прежде всего, для лечения больных с ВБИ.

## **ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ**

*Лазовская М. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель - д.м.н. Снежицкий В. А.*

Показатели variability ритма сердца у больных с дисфункцией синусового узла при проведении ортостатической пробы.

**Введение.** Хотя в настоящее время накоплен большой материал по исследованию variability ритма сердца, но мало уделено внимания диагностике синдрома слабости синусового узла с помощью данной методики. Поэтому целью данной работы было изучить показатели variability ритма сердца при проведении пассивной ортостатической пробы, и на их основании дать характеристику общего, текущего функционального состояния больных с дисфункцией синусового узла.

**Материалы, методы.** В исследование включено 106 больных, средний возраст  $37,9 \pm 2,6$  лет, из них обследовано 74 мужчин и 32 женщины. Все больные были разделены на 3 группы: первая группа контрольная, в нее вошло 47 человек, средний возраст  $33,7 \pm 1,9$  года, вторая группа - 48 больных с вегетативной дисфункцией синусового узла, средний возраст -  $34,9 \pm 2,3$  года, третью группу составили больные с синдромом слабости синусового узла, общей численностью 9 человек, средний возраст  $61,4 \pm 3,1$  года. Применены следующие методы исследования: общеклиническое обследование больных, лабораторные методы, метод чрезпищеводной электрокардиостимуляции, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца, анализ variability ритма сердца, пассивная ортостатическая проба. Пассивная ортостатическая проба проводилась с использованием поворотного стола для тилт-теста, разработанного в УЗ «ГОКД» и ОАО «Белкард».

**Результаты.** После проведения пассивной ортостатической пробы по сравнению с контрольной группой, у представителей второй и третьей групп отмечается достоверное уменьшение показателей R-R, RMSSD, SDNN, Mo (для них  $p < 0,05$ ). При спектральном анализе достоверно увеличивается только показатель спектра низкой частоты (LF) для обеих групп. Высокочастотный показатель (HF), в свою очередь, уменьшается, но данное снижение достоверно только для пациентов второй группы.

**Выводы.** У больных с вегетативной дисфункцией синусового узла и синдромом слабости синусового узла при проведении пассивной ортостатической пробы выявлено уменьшение BCP и изменение спектра мощности волн, отражающее преобладание симпатико-адреналовой нервной системы.

#### **Литература.**

1. Михайлов В.М. Variability ритма сердца: опыт практического применения метода. Изд. второе, переработанное и доп.: Иваново: Иван. гос. мед. академия, 200-290 с.
2. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Variability сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения. // Ультразвуковая функциональная диагностика // 2001.- №3. с.108-127

## **ПАССИВНАЯ КОНСТРУКЦИЯ В АНГЛИЙСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ТЕКСТЕ**

*Ламан М.П.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – старший преподаватель Рябова А.М.*

В английских научных медицинских текстах часто встречаются пассивные обороты, тогда как в русском языке страдательный залог употребляется значительно реже. Главным образом это благодаря тому, что в английском языке глаголы и с косвенным, и с предложным дополнениями могут иметь пассивную форму.

Предмет изучения составляют пассивные конструкции с агентивным дополнением и без него. Материалом настоящего исследования являются специальные тексты, взятые из разных областей медицины.

Цель исследования предопределила решение следующих задач: 1/ определение статуса категории пассивного залога; 2/ систематизация классификационных структур пассивного залога; 3/ выявление структурных особенностей пассивных конструкций с агентивным дополнением и без агентивного дополнения; 4/ изучение особенностей перевода пассивных конструкций в медицинском тексте.

Цели и задачи исследования определили его метод, которым стал метод компаративного анализа.

Внешним признаком страдательного залога является сочетание Past Participle с глаголом to be в соответствующем времени. В данной работе эта грамматическая конструкция рассматривается не только в ее сущности, но и в сопоставлении с соответствующей конструкцией русского языка.

Хотя очень часто пассивную конструкцию приходится переводить активной, ввиду ее меньшей распространенности в русском языке, следует отметить, что значение активной и пассивной конструкции не является тождественным. В активной конструкции ударение делается на агента действия, а в пассивной – на объект действия. Указание на деятеля часто отсутствует в пассивной конструкции, поскольку в ряде случаев важны не деятель, а само действие и его объект.

При переводе, следовательно, мы нередко должны прибегать к замене пассивных конструкций иными средствами выражения, более свойственными русскому языку. Предложение – This question was discussed at the conference. – можно перевести следующими способами: Этот вопрос был обсужден на конференции. Этот вопрос обсуждался на конференции. Этот вопрос обсуждали на конференции. Конференция обсудила этот вопрос.

Если в предложении сказуемое стоит в одном из времен страдательного залога и указано, кем или чем произведено действие, то в предложении хорошо заметен предложный оборот с предлогами by или with. При наличии дополнения с предлогом by предложение в Passive Voice может быть передано на русский язык в действительном залоге. При отсутствии дополнения с предлогом by предложения в Passive Voice соответствуют русским неопределенно-личным предложениям.

Выводы. Сфера применения пассивной формы (страдательного залога) в английском языке гораздо шире, чем в русском, вследствие того, что значительно большее количество английских глаголов способны выражать категорию пассивности. Это приводит к тому, что любой вид английского дополнения - прямое, предложное косвенное, беспредложное косвенное - может выступать в качестве подлежащего пассивного оборота, тогда как в русском языке эта функция присуща лишь прямому дополнению. Более того - некоторые непереходные глаголы при наличии предложного обстоятельства, сходного по форме с предложным дополнением, могут, по аналогии, выступать в пассивной форме, причем обстоятельство выполняет в ней функцию подлежащего. Отсюда возникает многообразие возможностей передачи на русском языке английской пассивной конструкции (пассивной конструкцией, неопределенно-личным оборотом, действительным залогом).

# НАПРАВЛЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

*Латыш И.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

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

Несмотря на прогресс в развитии анестезиологии и реаниматологии, постоянное расширение возможностей лекарственной терапии и совершенствование техники оперативного вмешательства, перитонит остается основной причиной летальных исходов у больных хирургического профиля. Летальность при распространенном гнойном воспалении брюшины колеблется, по данным отечественных и зарубежных авторов, от 20 – 40%, а при послеоперационном перитоните достигает 45 – 92,8% и не имеет тенденции к снижению. Однако известно, что исход лечения зависит от направленного использования антибактериальных препаратов в зависимости от чувствительности микрофлоры к ним.

Нами проведен анализ 50 историй болезни пациентов с острой патологией панкреатобилиарной системы, осложненной острым перитонитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 2001 по 2007 год. Возраст больных колебался от 20 до 94 лет. Среди них женщин было 32 (64%), мужчин 18 (36%). Все больные оперированы. Умерло 4 (8%) пациента.

Всем больным выполнен посев биологического материала на микрофлору с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. Забор материала проводился во время операции или на первые сутки после оперативного вмешательства. В качестве биологического материала исследовалось содержимое желчного пузыря – 32 (64,0%), выпот из брюшной полости – 19 (35,2%), отделяемое из дренажа – 3 (5,6%).

В 32 (58,0%) случаях обнаружен рост микрофлоры. Полученные показатели обработаны статистически. Исследование позволило определить группы патогенных микроорганизмов и степень их устойчивости к различным антибиотикам.

При анализе результатов выявлено, что частота встречаемости Г- палочки семейства Enterobacteriaceae составила 19 (59,4%) случаев, с чувствительностью к гентамицину - 15 (78,9%), ципрофлоксацину - 2 (66,7%), цефтриаксону - 5 (100%) случаев и с устойчивостью к ампициллину - 15 (83,3%), доксициклину - 15 (78,9%) случаев. Частота встречаемости Г- палочки группы неферментирующих бактерий составила 4 (12,5%) случая с чувствительностью к гентамицину - 4 (100%), доксициклину - 4 (100%) и устойчивостью к ампициллину - 2 (50%) случая. Рост Г+ кокков отмечается в 8 (25%) случаях с наиболее высокой чувствительностью к гентамицину - 8 (100%), доксициклину - 6 (66,7%) и линкомицину - 4 (57,1%) случая; высокая устойчивость наблюдалась к цефалексину - 3 (60,0%), оксациллину - 5 (71,4%) и бензилпенициллину - 2 (66,7%) случая. Рост ассоциаций бактерий выявлен в одном случае, что составляет 3,1%.

Таким образом, следует отметить, что оптимальной комбинацией антибактериальных препаратов при острой патологии панкреатобилиарной системы, осложненной перитонитом, являются цефалоспорины III поколения (цефеперазон, цефтриаксон) + аминогликозиды (гентамицин). Нами не проводились исследования по изучению чувствительности химиотерапевтических препаратов к анаэробной микрофлоре и простейшим, однако, согласно данным литературы, показано также

назначение, в дополнение к указанным препаратам, производных нитроимидазола (метронидазол, тинидазол).

#### **Литература:**

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. – М.: Медицина, 1992. – 224 с.
2. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. – М.: Боргес, 2001. – 432 с.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕНТОЗОФОСФАТНОГО ПУТИ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

*Лелевич С.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии*

Поступление алкоголя в организм приводит к нарушению функционирования многих метаболических процессов. Выраженность изменений при этом определяется дозой, длительностью введения этанола, а также пищевым режимом экспериментальных животных.

Достаточно хорошо изучено влияние длительного введения этанола на пентозофосфатный путь (ПФП). Функциональное состояние ПФП при острой алкогольной интоксикации изучено в меньшей степени. Имеются данные об ингибировании активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и 6-фосфоглюконатдегидрогеназы у крыс в печени при однократном внутрибрюшинном введении этанола в дозе 5 г/кг. В то же время добавление алкоголя в инкубационную среду гепатоцитов, содержащую дексаметазон и глюкозу, повышает активность Г-6-ФДГ в несколько раз. Целью данной работы являлось изучение активности основных ферментов ПФП, а также содержания пентоз в печени крыс при однократном введении различных доз этанола.

В эксперименте были использованы белые беспородные крысы-самцы, массой 180-220 г. Этанол вводили однократно, внутрибрюшинно в дозах 1, 2,5 и 5 г на килограмм массы тела. Контрольные животные получали эквивалентные количества физиологического раствора NaCl. Декапитацию производили через 1 ч после инъекций. В гомогенатах печени определяли активности ферментов ПФП – глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ), 6-фосфоглюконатдегидрогеназы (6-ФГДГ), транскетолазы (ТК), а также содержание пентоз. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью методов непараметрической статистики с использованием пакета статистических программ STATISTIKA 7.0.

Введение алкоголя в дозе 1 г/кг сопровождается снижением активности ТК в печени. Активности дегидрогеназ ПФП при этом не отличаются от контрольных значений. Увеличение количества вводимого алкоголя до 2,5 г/кг приводит к более существенным изменениям функционального состояния ПФП в печени крыс, чем меньшая доза. У животных данной экспериментальной группы отмечается снижение активности Г-6-ФДГ и ингибирование транскетолазной реакции. В данных условиях регистрируется также снижение уровня пентоз в печени экспериментальных животных. Введение алкоголя в токсической дозе (5 г/кг) сопровождается наиболее существенными изменениями функционального состояния ПФП. У животных данной экспериментальной группы выявлено снижение активности всех определяемых ферментов ПФП в печени: Г-6-ФДГ на 29%, 6-ФГДГ на 28% и ТК на 51% по

сравнению с контрольными значениями. Уровень пентоз при этом ниже контроля на 43%.

Таким образом, острая алкогольная интоксикация оказывает влияние на функциональное состояние ПФП в печени крыс. Степень нарушений при этом определяется дозой вводимого этанола и максимально выражена при введении 5 г/кг.

## **ЭФФЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ГЛИКОЛИЗ В ПЕЧЕНИ КРЫС**

*Лелевич С.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической  
биохимии*

Хроническая алкогольная интоксикация представляет собой пример одного из наиболее распространенных длительных экзогенных химических воздействий на организм. Среди многочисленных висцеральных поражений, которые оказывают влияние на общую продолжительность жизни при алкоголизме, патологии печени отводится ведущее место. Данный орган несет основную нагрузку в метаболическом цикле этанола, поступающего в организм. Выявлены изменения активностей ряда ферментов углеводного обмена в печени крыс при длительном (3,5 мес.) потреблении алкоголя в качестве единственного источника жидкости. Одним из симптомов хронической алкогольной интоксикации (4 мес.) является гипогликемия. Большинство данных о нарушениях углеводного обмена в печени получены при длительных сроках алкоголизации (3-8 мес.). Однако практически отсутствуют сведения о нарушениях метаболизма глюкозы при более коротких сроках введения этанола (до 1 мес.). Очевидно, что именно в этот период происходит трансформация острых эффектов этанола в патохимические отклонения, характерные для хронической алкогольной интоксикации. Целью данной работы являлось исследование активности основных ферментов гликолиза в печени крыс при хронической алкогольной интоксикации.

В эксперименте были использованы белые, беспородные крысы-самцы массой 180-220 г, находившиеся на стандартном рационе вивария при свободном доступе к воде. Животные были разделены на 3 группы. Особям первой группы (контроль) внутрижелудочно вводили 0,9 % раствор хлорида натрия 2 раза в сут., вторая группа животных получала 25 % раствор этанола в течение 14 сут., а третья – 29 сут. Декапитацию производили через 1 ч после последней инъекции. В гомогенатах печени с использованием высокочувствительных энзиматических методов определяли активности ферментов гликолиза: гексокиназы (ГК), глюкокиназы (ГЛК), фосфофруктокиназы (ФФК), пируваткиназы (ПК) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ). Статистическую обработку данных выполняли с применением методов непараметрической статистики, используя критерий Манна-Уитни. При этом использовался пакет статистических программ STATISTICA 7.0.

Введение алкоголя в течение 14-ти сут. сопровождается ингибированием в печени скорости одной из ключевых ферментативных реакций гликолиза – глюкокиназной. Активности других изученных энзимов данного метаболического пути при этом не отличались от соответствующих значений в контрольной группе. Увеличение алкоголизации экспериментальных животных до 29-ти сут. сопровождалось более существенными сдвигами данной группы, выявлено снижение активностей ферментов начальных стадий гликолиза – ГК и ГЛК. Еще одним, важным, на наш взгляд, эффектом 29- сут алкогольной интоксикации является увеличение активности ЛДГ в печени крыс. Это указывает на анаэробную переориентацию одного



из основных путей метаболизма глюкозы в печени – гликолиза при длительном поступлении алкоголя в организм.

Таким образом, алкогольная интоксикация в относительно непродолжительные сроки (до 1 мес.) сопровождается нарушениями метаболизма глюкозы по пути гликолиза в печени. Эти нарушения следует рассматривать в качестве одного из модулей начальной стадии патохимической картины хронической алкогольной интоксикации.

## **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ**

*Савицкий В. А., Борисюк Р. В., Пилецкая Е. И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно*

*Кафедра патофизиологии*

*Научный руководитель – ассист. Лелевич А. В.*

Курение сигарет представляет одну из самых важных проблем здоровья общества в наше время. Ежегодно в мире от курения умирает около 3 млн. человек. Оно является одним из факторов риска инфаркта миокарда, инсульта, заболеваний артерий сердечной мышцы и мозга, вызывая нарушение эндотелиальной функции.

Основным действующим началом табака является никотин. Его механизм действия на сосудистую стенку объясняют прямым влиянием, угнетением активности эндотелиальной NO-синтазы, а также активацией перекисного окисления липидов. Эндотелиальная дисфункция может стать причиной повышенного тромбообразования при курении. Известно, что у длительно курящих людей повышается агрегация тромбоцитов.

В связи с этим, целью исследования явилось изучение влияния курения сигарет на агрегацию тромбоцитов курящих и некурящих студентов.

Были обследованы 15 курящих и 15 некурящих студентов Гродненского государственного медицинского университета в возрасте 17-22 лет. Стаж курения у курящих студентов составлял 3-6 лет, количество выкуриваемых сигарет в день – 10-20. Исследование проводилось дважды. Первое – по истечении 10 часов после последнего курения, второе – через 10 минут после выкуривания 1 сигареты. У некурящих добровольцев также исследовалась агрегация до и после курения 1 сигареты через 10 минут. Содержание никотина в сигарете составляло 1 мг.

Исследование агрегации тромбоцитов производилось с помощью анализатора AP 2110. Кровь для исследования забирали из кубитальной вены иглой самотеком. В качестве антикоагулянта использовали 3,8% раствор цитрата натрия, добавляемый к крови в соотношении 1:9. В качестве индуктора агрегации применяли АДФ в концентрации  $1,5 \times 10^{-6}$  М. Определяли степень обратимой агрегации – максимальный уровень светопропускания плазмы крови после внесения индуктора агрегации, время обратимой агрегации – время, соответствующее максимальной степени агрегации, скорость агрегации – изменение светопропускания плазмы после внесения индуктора агрегации, измеряемая на отрезке длиной 30 секунд от точки отсчета.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Выкуривание сигареты некурящими студентами не приводило к изменению параметров агрегации тромбоцитов. У курящих студентов при воздержании от курения в течение 10 часов показатели агрегации тромбоцитов также не отличались от контрольной группы.

После выкуривания сигареты у курящих лиц наблюдалось повышение степени обратимой агрегации тромбоцитов на 63,53% и скорости агрегации на 53,14 % от исходного уровня,  $p < 0,05$ . Полученные данные свидетельствуют о том, что курение повышает агрегацию тромбоцитов только у курящих лиц. Данный факт может быть связан с повышенной чувствительностью эндотелия курильщиков к никотину, в силу снижения его функциональных возможностей.

При воздержании от курения в течение 10 часов происходит нормализация агрегации тромбоцитов у курильщиков. Известно, что нарушение функций эндотелия, вызванное курением, может быть обратимым у начинающих курильщиков. Следовательно, отказ от курения является одной из важнейших мер профилактики тромбоза и других заболеваний, связанных с дисфункцией эндотелия.

## **ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА IN VITRO НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПЕРИОД АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

*Лелевич А.В., Пилецкая Е.И.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно  
Кафедра патофизиологии*

Риск развития инфарктов миокарда, инсультов значительно выше у больных алкоголизмом по сравнению с лицами, периодически потребляющими алкоголь и непьющими людьми. Причиной сердечно-сосудистой патологии может стать повышение тромбообразования. В литературе имеются противоречивые данные о влиянии этанола на агрегацию тромбоцитов. Так, при потреблении крысами этанола в течение 21 дня было обнаружено снижение агрегации тромбоцитов. Однако у больных алкоголизмом было показано ее повышение.

В связи с этим целью исследования явилось изучение влияния этанола на агрегацию тромбоцитов больных алкоголизмом в период абстинентного синдрома и здоровых лиц *in vitro*.

Были обследованы 8 больных алкоголизмом с абстинентным синдромом, находящихся на лечении в наркологическом отделении Гродненской психиатрической больницы на 1-2 сутки после поступления. Контрольная группа доноров составила 8 человек.

Исследование агрегации тромбоцитов производилось с помощью анализатора AP 2110. Кровь для исследования забирали из кубитальной вены иглой самоотсеком. В качестве антикоагулянта использовали 3,8% раствор цитрата натрия, добавляемый к крови в соотношении 1:9. В качестве индуктора агрегации применяли АДФ в концентрации  $1,5 \times 10^{-6}$  М. Для изучения непосредственного влияния алкоголя на агрегацию тромбоцитов использовали инкубацию плазмы с раствором этанола в конечной концентрации 0,2%, соответствующей средней степени алкогольного опьянения. К другой части плазмы добавляли 0,9% раствор NaCl. Определяли степень обратимой агрегации – максимальный уровень светопропускания плазмы крови после внесения индуктора агрегации, время обратимой агрегации – время, соответствующее максимальной степени агрегации, скорость агрегации – изменение светопропускания плазмы после внесения индуктора агрегации, измерялось на отрезке длиной 30 секунд от точки отсчета.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты исследований показали, что при добавлении этанола *in vitro* к плазме здоровых лиц наблюдается снижение степени агрегации тромбоцитов на 57,72%

относительно плазмы, инкубированной с 0,9% раствором NaCl,  $p < 0,05$ . Также происходит снижение степени агрегации тромбоцитов у больных алкоголизмом в период абстинентного синдрома на 56,32% относительно здоровых лиц,  $p < 0,05$ . Однако при добавлении этанола *in vitro* имеется тенденция к повышению степени агрегации тромбоцитов относительно агрегации в плазме, инкубированной с 0,9% раствором NaCl.

Снижение степени агрегации тромбоцитов у здоровых лиц при добавлении этанола может быть связано с прямым влиянием этанола на тромбоциты. Известно, что при однократном введении этанола наблюдается снижение активности фосфолипазы A<sub>2</sub> в тромбоцитах. Снижение агрегации при алкогольном абстинентном синдроме также может быть связано с развитием изменений в тромбоцитах, в которых развиваются адаптационные реакции под влиянием длительного поступления этанола. О наличии адаптации тромбоцитов может свидетельствовать повышение агрегации при добавлении этанола. Следовательно, нарушение агрегации тромбоцитов при алкогольном абстинентном синдроме, вероятно, не связано с дисфункцией эндотелия и не может вносить вклад в развитие сердечно-сосудистой патологии.

## **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Леонтьева А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Кажина М.В.*

По данным ВОЗ, каждая 5-я супружеская пара бесплодна. Методика нашего исследования включает ретроспективный аналитический обзор историй родов пациенток за период с 2004 по 2006 год. Базой исследования является УЗ "Гродненский областной клинический родильный дом" и БСМП. Критерий включения – беременность, индуцированная ЭКО.

Был проведен анализ историй родов 19 женщин в возрасте от 26 лет до 41 года. Средний возраст – 32 года. Для 7 женщин (36,84%) это первая беременность/первые роды, для 5 человек (26,31%) – вторая беременность / первые роды, для 3 человек (15,78%) – третья беременность/ первые роды, для 2-х человек (10,52%) – четвертая беременность / вторые роды, 1 человек (5,26%) – вторая беременность / вторые роды, 1 человек – 7-я беременность / первые роды. У 3-х человек (15,78%) в акушерско-гинекологическом анамнезе отмечены процедуры ЭКО, не завершившиеся родами.

Анализ генитальной патологии показал, что всем женщинам (100%) выставлен диагноз – отягощенный акушерский анамнез. 15 женщинам (78,94%) до проведения процедуры ЭКО была выполнена лапароскопическая операция с диагностической и лечебной целями. Лапароскопия с диагностической целью проведена у 8 женщин (42,10%), на основании которой у 5 человек (26,31%) выставлен диагноз спаечный процесс органов малого таза. Лапароскопическая операция по поводу внематочной беременности отмечается у 6 женщин (31,57%). 3 человека (15,78%) перенесли 2 внематочные беременности и двухстороннюю тубэктомию. У 6 женщин (31,57%) произведена лапароскопическая операция по поводу резекции яичников. У 5 женщин (26,31%) выполнена двухсторонняя резекция. Пятнадцати женщинам (78,94%) выставлен диагноз бесплодие. Из них бесплодие I имеют 9 человек (60%), бесплодие II – 6 человек (40%). Самопроизвольные выкидыши в анамнезе у 4-х женщин (21,05%). Из них у 1 человека (5,26%) – после ЭКО, у 1 человека – 4 самопроизвольных

выкидыша после ЭКО. Незривающаяся беременность в сроки 6-8 недель была у 2-х человек (10,52%), из них у одного (5,26%) после ЭКО.

Осложнения течения беременности наблюдались в 100% случаев. Наиболее частые – угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, у 16 человек (84,2%) и у 8 человек (42,10%), соответственно. У большинства женщин (13 человек – 81,25%) встречалась многократная угроза прерывания беременности. Угроза преждевременных родов наблюдалась у 8 человек (42,10%). Диагноз гестоз различной степени тяжести поставлен семи женщинам (36,84%). Диагноз ФПН был выставлен 4-м женщинам (21,05%), при этом у 3-х человек (15,78%) ФПН в стадии компенсации, у 1 человека (5,26%) в стадии субкомпенсации. Диагноз угрожающая внутриутробная гипоксия плода выставлен 5 женщинам (26,31%).

В 100% случаев роды закончились операцией кесарево сечение. У 5 женщин (26,31%) родилась двойня.

#### **Выводы:**

1. Средний возраст женщин 32 года.
2. Для большинства женщин беременность после ЭКО – это первая беременность/первые роды (7 женщин - 36,84%), для 5 человек (26,31%) – вторая беременность / первые роды.
3. 15 женщинам (78,94%) до проведения процедуры ЭКО была выполнена лапароскопическая операция с диагностической и лечебной целями.
4. Осложнения течения беременности наблюдались в 100% случаев.

## **ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ В БЕРЕМЕННОСТИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭКО**

*Леонтьева А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Кажина М.В.*

Актуальность данной темы заключается в том, что в Республике Беларусь из 100 супружеских пар 15% бесплодны.

Метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) относится к методам вспомогательных репродуктивных технологий, который используется в случае, когда лечение бесплодия средствами «первой линии» не приносит результатов.

В течение одного цикла созревает лишь одна яйцеклетка. Для повышения эффективности экстракорпорального оплодотворения требуется получение нескольких яйцеклеток, в связи с чем проводится стимуляция суперовуляции. Индукция суперовуляции производится специальными лекарственными препаратами, содержащими фолликулостимулирующий гормон (меногон, пурегон). Беременность, индуцированная ЭКО, требует гормональной поддержки в соответствии с определенными протоколами. Данные обстоятельства указывают на более детальное изучение основного морфологического субстрата – плаценты.

Нами были проанализированы морфологические особенности плаценты в беременности после применения современных репродуктивных технологий.

Материалы: гистологические заключения последа 13-ти женщин.

Критерий включения: беременность, индуцированная ЭКО.

Признаки “старой” плаценты (кальциноз) были выявлены у 5 женщин (38,46%).

Признаки воспаления выявлены (децидуид, фибриноид ворсин, участки инфаркта) у 6 женщин (31,57%).

Сочетание “старой” плаценты и признаков воспаления наблюдаются в 21,05% случаев (у 4 женщин).

Данное исследование продолжается. Значимость ЭКО для бесплодных браков в РБ требует дальнейшего изучения.

## КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

*Лешкевич А.Н*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии*

*Научный руководитель – асс. К.М.Бутолина*

Расслаивающая аневризма (РА) аорты – самая частая патология среди острых заболеваний аорты, характеризующаяся быстротечностью и высокой летальностью. Однако выживаемость больных может быть значительно увеличена, благодаря своевременной диагностике и раннему лечению этого грозного состояния. Клинические проявления РА аорты отличаются большим разнообразием, что зависит от локализации и протяженности расслоения, вовлечения в процесс отходящих от аорты артерий, сдавления соседних органов, а также обусловлены смертельным осложнением расслоения – разрывом стенки аорты и артериальным кровотечением.

Целью нашего исследования стал клинико-анатомический анализ случаев смерти больных с РА аорты за 2003-2006 годы по данным Гродненского областного патологоанатомического бюро. Нами проанализированы протоколы вскрытия 88 умерших с РА аорты. Из них 7 человек умерло на дому.

**Результаты.** Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы на долю РА аорты пришлось 0,99% (2004г.) – 3,11% (2003г.) случаев, с небольшой тенденцией к увеличению частоты заболевания в 2004 – 2006 годах (0,99%, 1,66%, 1,82%). РА аорты встречалась у больных в возрасте от 32 до 95 лет. Среди умерших преобладали мужчины – 60 человек (68,2%), средний возраст которых был  $64,09 \pm 1,43$  года. Средний возраст женщин составил  $69,19 \pm 2,32$  года. У лиц трудоспособного возраста данная патология выявлена в 24 случаях (27,3%).

У 86 умерших имелось поражение аорты атеросклерозом, который в 73 случаях был резко выражен и характеризовался распространенными осложненными поражениями интимы аорты в виде атероматоза, изъязвления, пристеночного тромбоза, а в 13 случаях носил умеренный характер. У 58 (65,9%) больных атеросклероз сочетался с артериальной гипертензией, у 3 больных – с сахарным диабетом. У 1 пациента развитие расслоения было связано с фрагментацией эластических волокон и очагами медианекроза при синдроме Марфана.

РА восходящего отдела и дуги аорты выявлена у 28 человек, грудного отдела – у 13, брюшного – у 38 умерших. Тотальное расслоение стенки отмечалось в 9 случаях. У 4 умерших расслоение распространялось на общие подвздошные артерии, у 2-х – на сонные артерии. Это сопровождалось ишемическими изменениями в нижних конечностях или головном мозге с характерными клиническими проявлениями. В 20 случаях расслоению предшествовало грыжевидное, веретенообразное или цилиндрическое выбухание стенки аорты. При этом у 1 умершего расслаивающая грыжевидная аневризма брюшного отдела аорты вызвала ком-прессию мочеточников с формированием уретерогидронефроза, в другом случае у больного развился пролежень стенки селезеночного угла ободочной кишки, что при разрыве аневризмы привело к излитию крови в просвет толстой кишки с ее тампонадой. В 1 случае возник прогрессирующий тромбоз подвздошных артерий, приведший к гангрене нижних конечностей. У 74 человек (84,1%) расслоение завершилось разрывом наружной оболочки аорты. Разрыв брюшного отдела аорты сопровождался забрюшинной гематомой (30 случаев) с прорывом крови в брюшную полость в 7 случаях. В 32

наблюдениях произошел надклапанный разрыв аорты с гемотампонадой полости сердечной сорочки. У 12 умерших при разрыве грудной аорты развился левосторонний гемоторакс, который в 2-х наблюдениях сочетался с гематомой средостения.

Таким образом, РА аорты чаще встречается у пожилых мужчин, страдающих артериальной гипертензией и атеросклерозом, и характеризуется вариабельностью локализации и распространенности расслоения, что определяет многообразие клинических проявлений РА аорты, которое необходимо учитывать при постановке диагноза и ее дифференциальной диагностике с другими заболеваниями.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРАХЕОБРОНХИТА С ПОМОЩЬЮ ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА ФЛЮТИКАЗОНА**

*Липская О.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – Чирко М.М.*

Острые трахеобронхиты занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости амбулаторных больных и служат частой причиной обращения за медицинской помощью. Чаще всего причиной острого трахеобронхита является вирусная инфекция, что предопределяет бесполезность применения антибиотиков при данной патологии. Вместе с тем, использование традиционных методов лечения (муколитики, местные антисептики, ингаляции трав и т.п.) порой оказывается недостаточно эффективным для купирования воспаления в слизистой дыхательных путей.

На фоне неадекватного и/или неполноценного лечения воспаление в дыхательных путях продолжается и приводит к пролонгации клинических проявлений трахеобронхита. При этом на первый план выступает сухой непродуктивный кашель, который может длиться неделями. Кашель у этой категории больных заставляет прибегать к необоснованным и дорогостоящим методам обследования (рентгенологическим, магнито-резонансным, эндоскопическим) и неоправданному назначению различных антибактериальных препаратов.

Современные ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС): беклометазон, флютиказон – это на сегодняшний день наиболее мощные местные противовоспалительные средства, являющиеся препаратами выбора для лечения бронхиальной астмы и контроля за ее течением. Универсальность противовоспалительного действия ИГКС позволило найти им применение при аллергических ринитах, хронической обструктивной болезни легких и др.

Целью нашего исследования явилось оценить эффективность ИГКС флютиказона при затяжном течении острого трахеобронхита по сравнению с эффективностью традиционного лечения.

В исследование включались амбулаторные больные, у которых на 5-й – 7-й день от начала заболевания (как правило, острая респираторная вирусная инфекция), появлялась и/или оставалась симптоматика острого трахеобронхита. Больные были разделены на 2 группы. 13 пациентов (1-я группа) в качестве терапии получали ИГКС флютиказон («Фликсотид») в дозе 50 мкг – по 2 вдоха 2 раза в день ингаляционно. 12 пациентов (2-я группа) в качестве терапии получали традиционную терапию: муколитик (амброксол и/или ацетилцистеин), ингалипт, эуфиллин – по показаниям и т.д. Эффективность терапии оценивалась через 7-10 дней по клиническим проявлениям

заболевания. Кроме того, больным проводились лабораторные исследования, спирография и, по показаниям, рентгенография органов грудной клетки.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у 10 больных в первой группе к 7-10 дню клинические проявления заболевания полностью исчезли, в то время как во второй группе этого удалось достичь лишь у 3 больных (77% и 25%, соответственно). У 3 больных 1-й группы и у 5 больных 2-й группы клинические проявления значительно уменьшились (23% и 40%, соответственно).

Таким образом, к 7-10-му дню наблюдения у всех больных, получавших флютиказон, наблюдалось исчезновение или значительное уменьшение клинических проявлений острого трахеобронхита, что свидетельствует о высокой терапевтической эффективности флютиказона при затяжном течении острого трахеобронхита.

## **ИМУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ СЕГМЕНТЕ**

*Лис К.Р.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Н.Н. Иоскевич*

Целью настоящего исследования явилось изучение закономерностей изменения иммунологической реактивности у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, перенесших реконструктивные артериальные операции на бедренно-подколенном сегменте.

Произведен анализ иммунограмм 86 больных с атеросклеротической окклюзией бедренно-подколенного сегмента до, на 6 и 12 сутки с момента выполнения бедренно-подколенного шунтирования реверсированной аутовеной на фоне традиционной до и послеоперационной терапии. Контрольную группу составили 15 практически здоровых лиц. Забор крови для исследования осуществлялся из вены локтевого сгиба. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей (ХАННК) (по Fontaine-А.В. Покровскому) 2б стадии имела у 26 чел., 3 стадии – у 32 чел., 4 стадии – у 28 чел. Оценка состояния иммунной системы включала количественные и функциональные характеристики Т-клеточного и В-гуморального звеньев иммунитета, а также системы фагоцитарных клеток.

Найдено, что течение облитерирующего атеросклероза с преимущественным поражением артерий нижних конечностей сопровождается угнетением клеточного звена иммунитета: снижением относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов. Нарушение в гуморальном звене иммунитета проявляется повышением относительного и абсолютного числа В-клеток, особенно у больных с критической хронической ишемией нижних конечностей, прежде всего, имеющих язвенно-некротические изменения на пальцах стоп. С нарастанием стадии ХАННК отмечается тенденция к увеличению содержания IgA и IgM. В зависимости от тяжести ХАННК, угнетался и фагоцитоз, что, несомненно, создает благоприятные предпосылки для увеличения частоты инфекционных осложнений после выполнения реконструктивных артериальных операций на бедренно-подколенном артериальном сегменте.

В послеоперационном периоде наблюдается неоднотипное изменение иммунологической реактивности. Так, на 6 сутки после операции происходит некоторое снижение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов и их функциональной активности. Одновременно показатели гуморального звена

иммунитета угнетаются: снижается абсолютное и относительное содержание В-лимфоцитов, IgA, IgM и увеличивается уровень IgG, которые, однако, не нормализуются к моменту выписки больных на амбулаторное лечение (12 суток послеоперационного периода). Изменения показателей неспецифической защиты повторяют закономерности, установленные для Т-клеточного звена иммунитета.

Таким образом, развитие ХАННК у больных облитерирующим атеросклерозом сопровождается нарушением в клеточном, гуморальном звеньях иммунитета и неспецифической защиты. После реконструктивной артериальной операции на бедренно-подколенном сегменте имеющийся иммунодефицит усугубляется и не нормализуется к моменту завершения раннего послеоперационного периода на фоне традиционной послеоперационной терапии.

## РЕЛИГИЯ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО

*Лис Е.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – старший преподаватель Рындова О.Н.*

Проблема отношения религии к предпринимательству становится все более актуальной в настоящее время. Это связано, прежде всего, с увеличением роли религиозных организаций в общественной жизни.

Любая мирская деятельность, воспринимаемая через призму православия, оценивается по ее духовному и нравственному содержанию. Она должна, в первую очередь, быть движима высшими религиозными мотивами, служить душеспасительным, а не меркантильным целям. Практическая полезность хозяйственных усилий, самые добрые побуждения людей не имеют значения, если они совершаются без ориентации на внутреннюю духовную работу, не руководствуются любовью к Богу и к ближнему.

Любая хозяйственная деятельность может, с православной точки зрения, быть как благом, так и злом в зависимости от того, какая именно мотивация лежит в ее основе, во имя чего и с какими внутренними побуждениями сердца она совершается.

С точки зрения католичества бизнес, являющийся источником благ, требует знаний, умения, добродетельного и нравственного отношения к своему делу. Для бизнеса, действующего в условиях свободного рынка, требуется творческое начало. В свободной экономике в принципе нет работы бессмысленной и бесцельной. Католическая церковь не противопоставляет рынок морали. Она, скорее, сосредотачивает внимание на активной, действующей личности. Энергичность, инициативность, творческое начало, предприимчивость, трудолюбие, заставляющие рынок работать, способствуют функционированию рынка в направлении достойных целей. Добродетели, необходимые для бизнеса, включая смелость в принятии трудных решений, являются добродетелями только в том случае, если люди принимают на себя ответственность за принятые решения.

Старообрядчество, как и православие в целом, является мистической формой христианства и лишено, в отличие от протестантизма, религиозного рационализма. Поэтому оно не имело того, что в значительной степени обеспечило роль протестантизма в создании соответствующих социокультурных и социально-психологических условий развития экономики Запада. А, следовательно, религиозные ценности старообрядцев и не могли играть роль, адекватную протестантизму. При перечислении черт этноса старообрядцев они характеризуются как



«профессиональные», «групповые», «корпоративные»; если же речь идет о протестантах, абсолютно те же элементы называются уже религиозными.

Примечательная особенность нашего времени заключается в растущем внимании многих современных мусульманских теоретиков к проблеме экономических прав и обязанностей современного мусульманина, к вопросам совершенствования рыночных отношений. Характерно, что важнейшей экономической свободой объявляется свобода частного предпринимательства. При этом ставится задача формирования не только духовно-нравственных, но и интеллектуальных качеств, столь необходимых для индивидуального успеха в мире бизнеса. Правдивость, уважение к правам других людей, честность в ведении торговых и иных дел, упорство в труде, милосердие – всё это рассматривается как черты характера истинного мусульманина. В соответствии с Кораном и Сунной четко проводятся границы между греховным, осуждаемым в качестве порочного, и благочестивым, восхваляемым как добродетель. В том, что законы ислама должны стоять выше людского законотворчества, видится гарант поддержания исламских ценностей и культуры, не загрязнения общества коррупцией, преступностью и иным беззаконием.

Таким образом, представители различных направлений религии относятся к предпринимательству по-разному, и это оказывает существенное влияние на ведение хозяйственной деятельности у представителей различных конфессий.

## **АНАТОМИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ**

*Лопатин Д. С.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»», Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Смолко Я. Е.*

История становления анатомической терминологии тесно связана с именами Гиппократ, Аристотеля, Герофила, Эфесского, Галена, Везалия, Цельса.

Анатомическая номенклатура систематизирует латинские или латинизированные названия органов и частей тела, а также всех частных анатомических образований, вследствие чего ученые разных стран могут пользоваться едиными обозначениями объектов у человека и животных. Применительно к человеку различают международную анатомическую номенклатуру, утверждаемую на международных конгрессах анатомов, и национальную определяющую более распространенные, обязательные для официального медицинского лексикона термины, которые ограничивают произвольное словотворчество и препятствуют появлению в литературе регионарных или жаргонных анатомических терминов.

Первая международная анатомическая номенклатура (А.Н.) – Базельская (1895), содержащая 5629 терминов; ей предшествовал труд австрийского анатома И. Гиртля «*Onomatologia anatomica*» (1880), в котором воспроизводилась классификация греко-латинских анатомических терминов по их происхождению, эволюции и смысловому значению. В 1935 предложена Иенская А.П., которая не получила признания из-за анималистической ориентации, т.к. в анатомической классификации исходила не из вертикального положения тела прямоходящего человека, а из положения тела четвероногих наземных животных. В современной медицинской науке повсеместно принята Парижская А.Н. (содержит свыше 6000 терминов), проект которой был разработан американскими и английскими анатомами на основе Базельской А.Н. и утвержден на шестом Международном конгрессе анатомов в Париже (1955). В нее введены новые термины (например, *glandula parathyreoidea* - околощитовидная железа) и изменены названия некоторых анатомических образований (например, *arteria*

thoracica interaa - внутренняя грудная артерия - заменил термин Базельской А.Н. - arteria mammaria intema - внутренняя артерия молочной железы); формированию русской А.Н. в XVIII веке способствовали труды М.И.Шейна, А.П.Протасова, Н.М.Амбодика - Максимовича, П.А.Загорского. В СССР большой вклад в создание единой А.Н. внесли В.П.Воробьев, П.И.Карузин, Д.А.Жданов, А.Н.Максименков. Основная цель создания А.Н. отразить специфику русского языка и приблизить ее к точному переводу официальных латинских терминов Парижской А.Н.

## **О РОЛИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА**

*Лопато П.В., Головач Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии*

*Научный руководитель - к.м.н., доц. Меламед В.Д.*

Острая сосудистая недостаточность кишечника (ОСНК) относится к наиболее тяжелым заболеваниям органов брюшной полости. Частота данной патологии не только не имеет тенденции к снижению, но и увеличивается с каждым годом. Диагностика и лечение этого заболевания остаются на низком уровне, о чем свидетельствуют показатели летальности - 75 - 100%. В условиях общехирургического стационара использование ангиографии, дуплексного сканирования, спиральной компьютерной томографии, магнитно - резонансной томографии по известным причинам не всегда осуществимо. Поэтому одним из широко распространенных и наиболее доступных методов диагностики ОСНК является лапароскопия, возможности которой, по литературным данным, неоднозначны. Одни авторы дают этому методу высокую оценку, другие считают ее малоинформативной на ранних стадиях заболевания, так как достоверные лапароскопические признаки ОСНК проявляются позже ангиографических на 2-3 часа. Учитывая сомнительные лапароскопические признаки этой тяжелой патологии, ряд авторов рекомендуют шире применять диагностическую лапаротомию.

*Цель исследования:* проанализировать значение лапароскопии в диагностике ОСНК.

Проведен ретроспективный анализ результатов лапароскопии у 12 больных ОСНК, среди них 5 мужчин (41,6%) и 7 женщин (58,4%). Средний возраст составил 72,4 года (от 60 до 87 лет). 11 (91,7%) больных страдали ИБС, системным атеросклерозом, причем, у 8 из них имела место мерцательная аритмия; 1 (8,3%) больной был переведен из тубдиспансера, где находился на лечении по поводу туберкулеза легких в стадии распада. Время от начала заболевания до выполнения лапароскопии составляло от 20 часов до 4-х суток.

Диагнозы при направлении и поступлении в стационар охватывали широкий спектр нозологических форм различной абдоминальной патологии, что еще раз подтверждает полиморфизм клинической симптоматики ОСНК. Лапароскопия выполнялась под эндотрахеальным наркозом. У 10 больных (83,3%) лапароскопическая картина характеризовалась изменением кишечных петель от бледного до черного цвета, отсутствием перистальтики, наличием выпота (серозно-геморрагический, геморрагический, фибринозный), парезом кишечника, гиперемией и отеком брыжейки, фибринозными наложениями. Причем, эти изменения затрагивали как тонкий, так и, в ряде случаев, толстый кишечник. У 2 (16,7%) больных на фоне спаечного процесса были выявлены фибринозные наложения в правом подреберье и по ходу правого бокового канала, что послужило основанием для выполнения лапаротомии, при

которой был выставлен диагноз тотального поражения кишечника. После операции средняя продолжительность жизни составила 1,6 дня. На аутопсии отмечено совпадение диагнозов.

*Выводы.* На поздней стадии ОСНК, при наличии некротических изменений кишечника и перитонита, лапароскопия позволяет верифицировать диагноз, определить распространенность поражения кишечника и выбрать оптимальную тактику лечения. Однако при ишемической стадии возможности лапароскопии ограничены, в связи с этим при подозрении на ОСНК показано выполнение лапаротомии.

## **ПРИЧИНЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

*Лоцилова С.А., Дубешко Т.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – ассистент, к.м.н. Хоха Р.Н.*

Бронхиальная астма в настоящее время остаётся одним из самых распространённых хронических заболеваний органов дыхания. Опыт ряда зарубежных стран, а также и Республики Беларусь свидетельствует о неуклонном росте числа больных среди взрослых и детей.

По данным эпидемиологических исследований, по программе ISAAC (Международное исследование астмы и аллергии) к концу 20 столетия распространённость бронхиальной астмы у детей 13-14 лет в мире в среднем составляла 8-10% [1].

Высоки экономические затраты, связанные с заболеваемостью. У больных, получающих неадекватную терапию, даже при длительном отсутствии клинических проявлений сохраняются признаки гиперреактивности бронхов. Начавшись в детском возрасте, бронхиальная астма у взрослых характеризуется тяжёлым течением, способствует инвалидизации больного с ограничением трудоспособности, нарушением качества жизни. Поэтому важным является на современном этапе достижение клинического контроля над этим заболеванием. В связи с этим в программе GINA (2006) предложены критерии контроля течения болезни, на основании которых составлены специальные опросники. Один из них, Asthma Control Test (ACT) – тест по контролю над астмой. Проведена адаптация детского варианта ACT для детей 4-11 лет. Он включает 7 вопросов, оценивается по балльной шкале.

Нами предпринята попытка выявить причины неконтролируемого или частично контролируемого течения бронхиальной астмы у детей в возрасте от 5 до 16 лет, проходивших лечение и обследование в аллергоотделении ГОДКБ. Обследование проводилось у 34 больных с помощью ACT. У 28 из них бронхиальная астма плохо контролировалась.

По результатам ACT установлены следующие причины неконтролируемой бронхиальной астмы:

1. Низкая частота назначения комбинированного лечения бронхиальной астмы.
2. Несоблюдение рекомендуемых доз.
3. Переоценка эффективности назначаемых ингаляционных кортикостероидов (ИКС).
4. Отказ родителей от применения ИКС.
5. Короткие курсы терапии ИКС.
6. Отсутствие ступенчатой терапии ИКС.

**Литература:**

1. Жерносек В.Ф. Аллергические заболевания у детей: Руководство для врачей. - Мн: Новое знание, 2003.-335с.

## **ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Лукашевич Т.В., Зусько Н.Ф.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Медико-социальная обусловленность и первичная профилактика новообразований требуют тщательного изучения факторов, от которых зависит уровень заболеваемости и смертности.

В связи с этим, нами проведено исследование, целью которого явилось установление структуры госпитализированной заболеваемости детей, находившихся на лечении в Республиканском научно-практическом центре детской онкологии и гематологии.

Нами было проанализировано 478 карт выбывшего из стационара за 2004 год.

В стационаре пролечено 256 пациентов. Средняя кратность госпитализации составила 1,87.

С диагнозом новообразование было госпитализировано 190 (84,5%) пациентов (кратность госпитализации - 2,13), с другими заболеваниями - 66 (15,5%) больных (кратность госпитализации - 1,12).

В структуре причин госпитализации преобладают злокачественные новообразования костей и суставов хрящей конечностей - (15,1%); злокачественные новообразования почки, кроме почечной лоханки - (9,4%); злокачественные новообразования других типов соединительной и мягких тканей - (7,9%); гемангиома и лимфангиома любой локализации - (6,9%); лимфоидный лейкоз, миелоидный лейкоз, диффузная неходжкинская лимфома - (5,7%).

Госпитализировалось немного больше мальчиков (51,6%), чем девочек (48,4%). Подростковый возраст имел каждый третий госпитализированный (33,2%). Каждый шестой больной ребенок (17,4%) относился к возрастной группе от 0 до 5 лет.

Все госпитализированные дети с диагнозами злокачественное новообразование заднего средостения, моноцитарный лейкоз, новообразования неопределенного или неизвестного характера мужских половых органов имели возраст 0-5 лет.

Двое из пяти (41,6%) стационарнопролеченных детей проживали в г. Минске и Минской области. А вот наиболее редко госпитализировались пациенты, проживающие в Гродненской области - 8,4%.

Все дети поступили в Центр в плановом порядке.

Чаще всего дети госпитализировались в осенний период - 30,5%. Все дети выписаны домой с выздоровлением. У большей части детей (60 %) проводились оперативные вмешательства.

Таким образом, полученные результаты необходимо учитывать при организации онкологической помощи детскому населению.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ПО УРОВНЮ НАРАСТАНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИОНОВ КАЛИЯ В ЖИДКОСТИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА МЕТОДОМ ПЛАМЕННОЙ ФОТОМЕТРИИ

*Лукашевич Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины  
Научный руководитель – ассистент курса судебной медицины  
Кузмицкий Н.И.*

Установление давности наступления смерти является одним из важнейших аспектов судебно-медицинской практики. В известной нам литературе отсутствуют данные, позволяющие судить о давности наступления смерти (далее ДНС), исходя из измерения посмертного нарастания концентрации ионов калия (далее К) в жидкости стекловидного тела (далее ЖСТ). Что и обусловило актуальность попытки апробирования данной методики.

Апробация методики проводится на базе ГСМСЭ Управления по Гродненской области. При получении положительных результатов может рассматриваться в качестве одного из достоверных методов определения давности наступления смерти, наряду с определением ДНС по динамике охлаждения по методике Хенссге (Henssge).

В литературе отсутствуют данные о нормальной, прижизненной концентрации калия в ЖСТ. Предполагается, что она соответствует нормальному, прижизненному содержанию К в плазме крови и в интерстициальной жидкости (в среднем 4,4ммоль/л). Содержание К в указанных биологических жидкостях тесно взаимосвязано с рН крови (норма 7,4). Установлено, что изменения рН крови на 0,1ед., вызывают противоположно направленные изменения концентрации К на 0,5ммоль/л). Исходя из этого, замерив рН крови трупа в ранние часы посмертного периода, можно с определенной ошибкой установить исходный уровень концентрации К в биологических жидкостях трупа. Методика забора трупного материала. Производится забор ЖСТ из одного глаза трупа в одноразовый шприц. Забор следует сделать как можно раньше (на месте происшествия). Игла шприца закрывается стандартным чехлом. Шприц маркируется (Дата, точное время забора, Ф.И.О. трупа). В морге производится забор крови из правого сердца (для исследования рН крови). Шприц закрывается и маркируется. Через четко фиксированный промежуток времени во второй шприц производится забор ЖСТ из второго глаза, не менее чем через 12 часов после первого забора. Шприц маркируется тем же способом. Все это направляется в лабораторию пламенной фотометрии. В направлении должны быть точно указаны дата и время забора каждой пробы. В лаборатории определяется рН крови и концентрации калия в ЖСТ раздельно в каждой пробе. Вычисления по результатам пламенной фотометрии: вычислить исходный прижизненный уровень концентрации калия в ЖСТ, используя данные рН крови. Он может отличаться от теоретических 4,4ммоль/л в случаях смерти от механической асфиксии. Из определенной концентрации К в пробе №2 вычитается концентрация К в пробе №1. Результат этого вычитания делиться на количество часов, прошедших между заборами ЖСТ. Полученный результат есть почасовой градиент изменения концентрации К в ЖСТ данного трупа. Из каждого результата исследования концентрации К в пробах (1 и 2) вычитается вычисленный исходный прижизненный уровень концентрации. Эти вычисления дают посмертные цифры роста концентраций К в ЖСТ, прошедшие с момента смерти до забора ЖСТ №1 и до забора ЖСТ №2. Далее разделив каждый из полученных результатов на показатель почасового градиента

нарастания К, получим посмертный период (в часах), прошедший, соответственно, до каждого из заборов проб.

**Литература:**

1. В.В. Хохлов, Л.Е. Кузнецов. Судебная медицина. Руководство.- Смоленск, 1998.-800с.
2. Г.А. Ботезату. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти. Кишинев, 1975.

## **ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

*Лукашевич Т.В.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

Необходимость исследования проблемы урологических заболеваний обусловлена их высокой частотой, имеющей тенденцию к увеличению, тяжелыми осложнениями, к которым они могут привести. В связи с чем нами изучена структура госпитализированной заболеваемости больных с патологией мочеполовой системы, проанализированы 273 карты выбывшего из стационара урологического отделения Пинской больницы за 2006 год.

Первое место в структуре госпитализированной заболеваемости занимают цистит и нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря неуточненная (22,34%); второе место - гидроцеле неуточненное (11,36%); третье - киста почки приобретенная (11%).

Большую часть госпитализированных больных составили мужчины-(67%). Однако среди пациентов, госпитализированных с циститом другими болезнями мочевыделительной системы уточненными болезнями почек и мочеточника кистой почки приобретенной, другими и неуточненными гидронефрозами преобладали женщины – 59%; 75%; 54,5%; 70%; 80%, соответственно. С уретральным карбункулом поступали только женщины.

Каждый второй пациент (48,35%) относился к возрастной группе 30-59 лет. Реже госпитализировались пациенты подросткового возраста – (4,76%). Но с диагнозом перекручивание яичка две трети пациентов являлись подростками.

Более половины госпитализированных больных (68,13%) проживало в городе, но большинство пациентов с диагнозом стриктура уретры и послеоперационная стриктура уретры являлись жителями сельской местности – 57,1% и 60%, соответственно.

Четыре пятых пациентов (80,2%) направлены для госпитализации поликлиникой. Пик госпитализации больных пришелся на осенне-зимний период (59,3%).

Средний срок госпитализации составил 11 дней. Наиболее длительно в стационаре находились больные с пузырным свищем, неклассифицированным в других рубриках (22 дня). Наименьшее количество дней пребывали в стационаре больные с избыточной крайней плотью, фимозом и парафимозом – 3 дня.

Почти все больные (95,24%) госпитализировались в стационар впервые. У одной трети пациентов (28,2%) отмечалось расхождение диагнозов направившего учреждения и диагнозом при выписке из стационара.

У большей части пациентов (53,48%) выполнялись оперативные вмешательства. Одна четвертая (26%) часть пациентов имела сопутствующие заболевания. Каждый

восьмой пациент (13,5%) госпитализировался с осложнениями. 100% больных были выписаны домой с выздоровлением.

Таким образом, полученные нами результаты необходимо учитывать при организации стационарной урологической помощи населению.

## ЧИСЛЕННЫЙ РАСЧЕТ ВТОРОГО ВИРИАЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА МЕТОДОМ МОНТЕ-КАРЛО

*Лукашик Е.Е., Шульга А.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – к. ф.-м. н., доцент С. И. Клинецвич*

Экспериментальные исследования реальных газов показали, что произведение  $pV \neq const$  при  $T = const$ , как это следует из теории идеального газа. Причиной такого расхождения в поведении идеального и реального газов является наличие взаимодействия между молекулами реального газа, которое игнорируется в модели идеальной. Для реальных газов уравнение состояния определяется законом взаимодействия между его молекулами. Причем каждый сорт молекул имеет свое уравнение состояния. Точное уравнение состояния реального газа может быть представлено в виде так называемого вириального уравнения:

$$PV_m = RT + A_1(T)/V_m + A_2(T)/V_m^2 + \dots, \quad (1)$$

где  $A_i(T)$  -  $i$ -й вириальный коэффициент,  $V_m$  - молярный объем,  $p$  и  $T$  - давление и температура газа. Данное уравнение представляет собой бесконечный ряд по обратным значениям молярного объема и для применения требует знания бесконечного числа вириальных коэффициентов. Следовательно, уравнение (1) имеет чисто теоретическое значение и для его применения обычно ограничиваются конечным числом слагаемых. Чаще всего обрыв ряда (1) осуществляют на втором члене, получая приближенное выражение для состояния реального газа в виде:

$$PV_m = RT + B(T)p \quad (2)$$

Размерность второго вириального коэффициента  $B(T)$  - единица объема/моль. Вириальный коэффициент можно определить из экспериментальных данных по уравнению:

$$B(T) = \partial(pV)/\partial p \quad (3)$$

Второй вириальный коэффициент также можно рассчитать теоретически, если знать закон межмолекулярного взаимодействия  $E_p(r)$ . В данной работе нами использовался распространенный модельный потенциал межмолекулярного взаимодействия - потенциал Леннарда-Джонса:

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

где  $r$  - расстояние между молекулами,  $\sigma$  - расстояние, на котором силы межмолекулярного притяжения и отталкивания уравновешивают друг друга,  $\varepsilon$  - глубина потенциальной ямы,  $n=12$  и соответствует члену, описывающему притяжение между молекулами,  $m=6$  (соответствует члену, отвечающему за взаимное отталкивание между молекулами).

Второй вириальный коэффициент, используя модельный межмолекулярный потенциал (4), можно рассчитать по формуле:

$$B(T) = 2\pi N_A \int_0^{\infty} \left( 1 - \exp\left(-\frac{E_p(r)}{kT}\right) \right) \cdot r^2 dr \quad (5)$$

Для расчета вириального коэффициента по формуле (5) в среде MathCad фирмы MatchSoft нами разработан численный алгоритм. Интегрирование в соответствии с выражением (5) по спроектированному алгоритму осуществлялось методом Монте-Карло. Результаты численного интегрирования сравнивались с результатами интегрирования классическими численными методами (методы Эйлера, Симпсона). Алгоритм расчета второго вириального коэффициента применялся нами для некоторых реальных газов (He, Ar, Kr, Xe). Сопоставление численных величин вириальных коэффициентов с известными табличными данными показало удовлетворительное совпадение. Методика расчета и разработанный алгоритм может быть использован в учебном процессе.

## МАГНИОСТРИКЦИОННЫЙ ИЗЛУЧАТЕЛЬ УЛЬТРАЗВУКА НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ

*Лукашик Е.Е., Саросек Р.Р.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – ст. препод. Лукашик Е.Я.*

Прямой магнитострикционный эффект - изменение размеров (деформация) ферромагнетика при изменении окружающего магнитного поля проявляется у никеля, железа и литого кобальта.

Прямой магнитострикционный эффект широко используется для получения ультразвука: если по обмотке возбуждения, вдоль оси которой расположен ферромагнитный стержень, пропускать переменный ток достаточно высокой частоты, то стержень будет периодически изменять свои размеры и его колеблющиеся концы смогут возбудить в окружающей среде упругую ультразвуковую волну. Сравнительно недавно для вибраторов магнитострикционных излучателей стал использоваться и феррит - ферромагнитный материал, сильно напоминающий по своим свойствам и способу получения керамику. Феррит обладает значительной магнитострикцией, близкой к магнитострикции никеля, и, вместе с тем, высоким удельным сопротивлением. Последнее свойство обеспечивает существенное преимущество ферритовых вибраторов перед никелевыми: на относительно низких ультразвуковых частотах потери в ферритовом вибраторе на вихревые токи незначительны, что позволяет изготавливать из феррита монолитные вибраторы практически любой необходимой формы.

Основным недостатком феррита является его малая механическая прочность: ферритовые вибраторы при достижении интенсивности ультразвука порядка 2-4 Вт/см<sup>2</sup>, как правило, терпят излом. Однако ультразвук интенсивности в пределах 1 Вт/см<sup>2</sup> позволяет поставить большую серию учебных опытов.



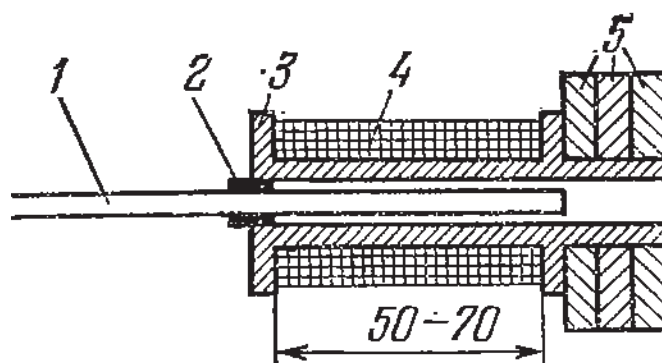


Рис. Конструкция магнестрикционного излучателя для получения ультразвука низкой частоты (20—50 кГц).

1-ферритовый вибратор, 2-резиновое колечко, 3-каркас обмотки возбуждения, 4-обмотка возбуждения, 5-кольцевые керамические магниты

Конструкция магнестрикционного излучателя и его внешний вид изображены на рис. 1. В качестве вибратора излучателя использован круглый ферритовый стержень марки М40ОНН диаметром 8 мм и длиной 100—160 мм. В каркасе обмотки возбуждения вибратор мягко закреплен с помощью резинового колечка, расположенного по его середине. Каркас обмотки возбуждения может быть выполнен из оргстекла, эбонита, текстолита, дерева и т. п.) или склеен из нескольких слоев бумаги. Обмотка возбуждения содержит 500 витков двух слоев провода ПЭЛ 1,0, намотанных виток к витку на длину, равную примерно половине длины вибратора. Выводы обмотки возбуждения выполнены из многожильных проводников в полихлорвиниловой изоляции длиной 30—50 см, снабженных наконечниками для зажима под клеммы или штеккерами для включения в гнезда. Обмотка возбуждения покрыта слоем лакоткани или несколькими слоями бумаги. Для подмагничивания вибратора используется три кольцевых керамических магнита диаметром 35 мм и толщиной 7 мм из школьного набора. Магниты надеты на выступающую часть обмотки возбуждения так, чтобы нерабочий торец вибратора находился в одной плоскости с поверхностью ближайшего к нему магнита.

Магнестрикционный излучатель ультразвука низкой частоты позволяет наглядно наблюдать ультразвуковую кавитацию, механическое действие ультразвука на тела в жидкости и капиллярный эффект, опыты Хладни и Кундта со стоячими волнами.

## ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТИЛИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВФЕМИЗМОВ В АНГЛИЙСКИХ ТЕКСТАХ

*Лукашик Е.Е*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель: Буденис О.Г.*

Эвфемия представляет собой семантически универсальное явление. Она органически вплетается в языковое сознание огромного количества народов и отражает различные аспекты жизни общества. Эвфемизмы трактуются как «смягчающие» выражения для предметов или явлений, считающихся предосудительными в данном обществе. Подобные слова помогают избежать прямого наименования всего того, что может вызвать отрицательные эмоции. Актуальность темы данной работы обусловлена

недостаточной изученностью эвфемизмов в лингвистическом и культурологическом аспектах. Следовательно, цель данного исследования заключается в попытке изучения функционально-стилистических особенностей эвфемизмов. Поступательная реализация данной цели потребовала постановки следующих задач:

- установление специфики эвфемизмов как языковых единиц
- изучение истории и развития данного лексического явления в языке
- классификация эвфемизмов
- исследование функционирования эвфемизмов в речи.

Объектом данного исследования являются эвфемизмы в английских текстах публицистического стиля. Предметом исследования выступают функционально-стилистические особенности эвфемизмов.

При проведении исследования были использованы следующие методы:

- описательный метод, позволяющий изучить и систематизировать литературу по рассматриваемой проблематике;
- метод дистрибутивного анализа, применяющийся для выделения основных тематических групп эвфемизмов;
- метод компонентного анализа, необходимый для выделения компонентов значения эвфемизмов.

Научная новизна данного исследования заключается в исследовании функционирования эвфемизмов в английских текстах. Практическая значимость данной работы заключается в возможности использовать материал исследования в преподавании таких спецкурсов, как лексикология, американский вариант английского языка, культура США и т.д.

Работа состоит из двух глав. Первая глава посвящена исследованию лексико-семантических характеристик эвфемизмов в английском языке. Во второй главе исследуется функционирование эвфемизмов в английских текстах публицистического стиля.

## **ФАРМІРАВАННЕ БЕЛАРУСКАГА ХАРАКТАРУ**

*Лук'янава А. І.*

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра гуманітарных навук*

*Навуковы кіраўнік – к. г. н. Стасевіч М. П.*

Вывучэнне працэсу фарміравання беларускага характару з'яўляецца актуальным напрамкам этнаграфіі, асабліва на шляху вылучэння нацыянальнай самасвядомасці беларусаў.

Мэта даследавання – абпрацаваць і абагульніць існуючыя веды аб працэсе фарміравання беларускага характару па матэрыялах айчыннай літаратуры.

Фарміраванне адметнага беларускага характару непарыўна звязана з працэсамі фарміравання яго асноўных этнічных прыкмет – агульнай мовы, культуры, самасвядомасці, тэрыторыі, менталітэту.

Беларусы па свайму паходжанню адносяцца да індаеўрапейцаў, а беларуская мова - адпаведна да індаеўрапейскай моўнай сям'і. Самыя далёкія вытокі беларускага этнасу ўваходзяць у старажытнейшыя часы, калі на вялікіх абшарах Еўропы і Азіі пражывала дастаткова аднароднае насельніцтва, якое мела адзіную мову – аснову (прамову). У III – II тысячагоддзі да нашай эры пачаўся распад гэтай адзінай прамовы на розныя, адносна самастойныя групы моў, у тым ліку славянскую і балтыйскую. У VIII – IX стагоддзях нашай эры, у перыяд шырокага рассялення славянскіх плямён ва Усходняй Еўропе, адбываўся працэс паступовага ператварэння дыялектаў

праславянскай мовы ў асобныя славянскія мовы, аб'яднання ў тры групы: усходнюю, заходнюю і паўднёвую. У групе усходнеславянскіх моў пачалося утварэнне трох самастойных моў – беларускай, рускай і украінскай.

Глыбінныя карані балтыйскага і славянскага (у тым ліку беларускага) насельніцтва былі адзіныя, але далейшае фарміраванне асобных славянскіх і балтыйскіх народаў праходзіла ў розных умовах і рознымі шляхамі. [1]

На фарміраванне беларускага нацыянальнага характару аказалі ўздзеянне фактар энтагінэзу, прыродна – геаграфічны фактар, геапалітычны, рэлігійны.

Фактар энтагінэза: у VI –VIII стагоддзях тэрыторыя Беларусі засяляецца некарэннымі, прышлымі групамі славянскага насельніцтва, адбываецца працэс узаемадзеяння славянскага насельніцтва з балцкім, што прыводзіць да ўтварэння новых этнічных супольнасцей – крывічоў, дрыгавічоў і радзімічаў. Нашчадкі прадстаўнікоў гэтых трох племянных аб'яднанняў у наступныя стагоддзі сталі асновай для складвання беларускага народа.

Прыродна – геаграфічны фактар: спецыфіка прыроды і клімату кожнай краіны заўсёды аказвае уплыў на светаўспрыманне (менталітэт), характар яе народа. Старажытныя насельнікі Беларусі прыстасоўвалі да прыродна – кліматычных умоў свае звычаі, абрады, працоўную дзейнасць.

Геапалітычны фактар: Беларусь знаходзіцца ў цэнтры Еўропы, на перакрываванні ўсіх шляхоў паміж Захадам і Усходам, Поўначчу і Поўднем. Такое становішча спрыяла развіццю гандлю, адносін Беларусі з іншымі краінамі свету, узаемапрапранікненню розных культурных, рэлігійных традыцый.

Рэлігійны фактар: да прыняцця хрысціянства нашы продкі прытрымліваліся язычніцкіх вераванняў. Рэлігійны сінтэз (язычніцка – хрысціянскі) прывёў да складання адметных рыс беларускай псіхалогіі, якія захаваліся да сённяшніх дзён. [2]

Такім чынам, узятыя разам, пералічаныя фактары наклалі адбітак на фарміраванне беларускага нацыянальнага характару, адрознага і непадобнага на псіхалагічны склад іншых народаў свету.

#### **Літаратура:**

1. Ігнатоўскі У. М. Кароткі нарыс гісторыі беларусі. С. 10-15. Мн., 1991.
2. См. Дубянецкі Э. С. Таямніцы народнай душы. С. 7-9,15-18. Мн., 1995.

## **ОСОБЕННОСТИ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА ЛЕГКОАТЛЕТОВ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

*Ляхович Т.В. Кирилюк М.А.*

*Научный руководитель проф. Климович И.И.*

*Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Беларусь*

Травматизм является важнейшей социально-экономической проблемой в связи с высокими показателями распространенности и тяжести его медико-социальных последствий (инвалидность и смертность). Ежегодно в Республике Беларусь получают травмы более 750 тысяч жителей, из них 120 тысяч (16,2%) составляют дети. Экономические потери в результате спортивного травматизма исчисляются сотнями тысяч долларов.

**Цель исследования:** изучить причину и степень тяжести травм у легкоатлетов гродненского региона в зависимости от возраста за 2004-2006 гг. и предложить меры профилактики.

**Материал и методы:** анализ амбулаторных карт спортсменов, обращающихся в физкультурный диспансер г. Гродно среди детей и взрослых за 2004-2006 гг. Изучение

спортивного травматизма среди детей за период 2004-2006 гг. показало, что наиболее травмоопасным периодом в школьном возрасте является соревновательный период. Возможно, это связано с большой психологической нагрузкой и, как следствие, юные спортсмены меньше внимания уделяют техническим аспектам ведения борьбы. Также одной из причин может зачастую выступать низкая физическая подготовка спортсмена, а также увеличение числа спортсменов, достигших успехов, что свидетельствует о возросшей конкуренции. За 2004-2006 годы зарегистрировано 64 травмы среди детей, из них лёгкие травмы составили 62 случая, средней степени тяжести-1, тяжёлая-1. В сравнении 2004г. с 2006г. количество травм возросло на 6 случаев, однако в 2006 году не зарегистрировано травм средней и тяжёлой степени тяжести. Так, за соревновательный период 2004 г. было зафиксировано 24 случая получения травмы спортсменами, в 2006 этот показатель увеличился до 30. Причиной, обуславливающей появление данного рода травм, возможно, послужила низкая техническая подготовка атлетов, поскольку 4 из 5 травм были получены атлетами в момент преодоления финишного створа. Однако следует отметить и тот факт, что, по сравнению с соревновательным периодом за 2004г, количество полученных травм в 2005 году зарегистрировано всего лишь 5 лёгкой степени тяжести, то есть снизилось в 4,5 раза. Причиной такого статистически значимого снижения травматизма можно назвать приобретение спортсменами соревновательного опыта, повышение физических кондиций и спортивного мастерства. За 2004-2006 годы среди взрослых зарегистрировано 26 травм, что составляет 40,6% от травм, полученных детьми. Лёгкие травмы составили 16 (61,5%) случаев, средней степени тяжести-6 (23,1%), тяжёлые 4 (15,4%). В сравнении 2004г. с 2006г. количество травм уменьшилось наполовину и составило 5 случаев, причём, в 2006 году не зарегистрировано травм тяжёлой степени тяжести. Анализ травм, полученных взрослыми спортсменами в соревновательный период за 2004 и 2005 годы выявил увеличение числа полученных травм среди спортсменов, занимающихся лёгкой атлетикой, различных степеней тяжести. Появились травмы средней степени тяжести, а также тяжёлые травмы. Причиной такого увеличения, возможно, стал период отбора на международные соревнования по лёгкой атлетике. Спортсмены уделяли больше внимания своей физической подготовке, чем технической.

Таким образом, анализируя причинные факторы травм спортсменов, можно сделать выводы, что травматизм у легкоатлетов связан чаще всего с многими факторами - психическое состояние спортсмена, общая и специальная физическая и техническая подготовка, квалифицированный отбор в сборные команды города, района на соревнования республиканского уровня и выше, метеорологические условия при проведении соревнований, соблюдение спортсменами дисциплины и установленных правил во время тренировок и соревнований. Профилактика травматизма среди спортсменов как детей, так и взрослых будет заключаться в устранении вышеуказанных причин.

## **РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

***Макова А.В.***

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель - ст. преподаватель Петрище Т.Л.*

**Актуальность.** В условиях глобализации ассоциации фармацевтических компаний являются главенствующими на мировом рынке. На их долю приходится

около 80 % производимой и реализуемой фармацевтической и медицинской продукции, в т.ч. ЛС[2].

**Цель.** Проследить динамику создания фармацевтических фирм и ассоциаций, их становление и укрупнение; выделить основные тенденции данного процесса.

**Методы исследования:** исторический и логический.

**Результаты исследования.** История создания фармацевтических фирм начинается с XVIII века, когда происходит активное становление европейской фармацевтической промышленности. В XIX в. в Германии появляются первые крупные фирмы ("E.Merk", "Bayer"). Благодаря совместной деятельности германских и швейцарских ассоциаций, в 1877 г. вышел закон о патентах, что сильно затруднило конкуренцию дженериков с оригинальными ЛС.

Германская фармацевтическая промышленность оказывала большое влияние на промышленность других стран. В США основано много фирм, которые имели совместный капитал, и с этого момента проявилась тенденция инвестирования. До Первой Мировой войны Германия обеспечивала 20 % мирового производства медикаментов[1]. Разрушение немецкой промышленности и увеличение массового потребления ЛС во время войны оказалось толчком к созданию и развитию собственной фармацевтической промышленности во многих странах. Центр мировой фармацевтической индустрии сместился в США.

В фармацевтической отрасли послевоенной Европы (после 1945 г.) из-за государственного регулирования цен на ЛС небольшим компаниям стало очень трудно вести свою деятельность, что привело к усилению процессов консолидации путем слияний и присоединений[1]. Ассоциациям было проще отстаивать свои интересы. Но, к сожалению, это не всегда работало во благо пользователей, на рынок проходили некачественные ЛС, клинические исследования которых были ещё не закончены или результаты преднамеренно искажены.

Тем не менее, нельзя забывать о вкладе концернов в разработку ЛС. Фармацевтические ассоциации являются основными инвесторами, которые вкладывают огромные средства в поиск новых подходов лечения и непосредственно медикаментов. Например, фирма "Eli Lilly" (основана в 1876 г.), которая представлена в 145 странах, ежегодно выделяет на научные расходы около 200 млн. долларов[2]. В лабораториях объединения "Merk" были синтезированы витамины В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub>, отработана технология пенициллина, созданы стрептомицин, противовоспалительные препараты, диуретики, синтезирован фермент рибонуклеаза.

На сегодняшний день консолидация продолжается: создана Европейская бизнес-ассоциация (ЕБА); сформирован Фармацевтический комитет (позднее преобразован в Комитет здравоохранения) и др. Ассоциации ставят своей первоочередной задачей сотрудничество с органами здравоохранения, с законодательными и исполнительными ветвями власти с целью разработки программы создания благоприятных условий для продажи и/или производства продукции международных фармацевтических компаний на территории ассоциации.

**Вывод.** Основная цель международного сотрудничества – это содействие экономической и правовой деятельности членов ассоциации, направленной на развитие организованного и открытого современного этического рынка фармацевтической продукции на территории стран-участниц, достигается с меньшими затратами усилий и средств.

**Литература:**

1. Семенченко, В.Ф. История фармации: Учебное пособие / В.Ф. Семенченко. – Москва: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2003. – 640 с.
2. IMS Global Insights - an eye on the world of Pharma. – Режим доступа: [www.ims-global.com](http://www.ims-global.com).

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

*Максимович Е. Н., Пилецкая Е. С., Мисюченко О. В., Жегздрин О.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор М.В. Кажина*

**Актуальность.** В условиях современной жизни, характеризующейся высоким темпом жизни, большим количеством стрессов, в том числе психической природы, отмечаются различные нарушения менструального цикла. Среди многочисленных проявлений этих нарушений следует отметить довольно высокую частоту предменструального синдрома (ПМС) той или иной степени выраженности. ПМС является важной социально-биологической проблемой, приводящей к циклической дезадаптации организма, выражающейся в комплексе вегето-сосудистых, нейроэндокринных, психосоматических расстройств.

**Цель исследований.** Изучить распространенность и особенности течения ПМС у женщин, использующих гормональные контрацептивные средства.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 200 женщин от 17 до 43 лет. Было выявлено наличие субъективной симптоматики: слабость, плаксивость, депрессия, повышенная возбудимость, мигрень, боль в спине, боль в животе, нагрубание и боль в молочных железах и др. у женщин, пользующихся современными контрацептивными средствами – низкодозированными комбинированными оральными контрацептивами (КОК). Группой сравнения были пациентки (n= 50), не принимавшие КОК.

**Результаты исследований.** В результате проведенных исследований установлено наличие признаков ПМС у 132 женщин (66%). Это указывает на очень высокую распространенность данного синдрома у женщин обследуемой возрастной категории. Нейро-психическая форма, проявляющаяся повышенной возбудимостью, и другой симптоматикой со стороны психики выявлена у (35%) от общего числа обследованных женщин. Отечная форма, характеризующаяся нагрубанием молочных желез, влечением к соленой пище, прибавкой в весе и др. была отмечена у (31%) обследуемых женщин.

Отмечено, что у женщин, пользующихся гормональными препаратами, ПМС встречался реже (15%), по сравнению с женщинами, использующими спираль (27%), а его клинические проявления были более легкими. Так, только у женщин, использующих гормональные препараты, было отмечено наличие боли внизу живота (22%), повышенная возбудимость (25%), ухудшение самочувствия (10%).

### **Выводы.**

1. В условиях современной жизни подавляющее число женщин (66%) детородного возраста в той или иной степени страдают проявлениями предменструального синдрома, что неблагоприятно сказывается на выполнении ими их социальных функций.
2. Среди проявлений предменструального синдрома в настоящее время преобладающими являются нейро-психический (35 %) и отечный (31%) синдромы.
3. У женщин, использующих гормональные препараты, частота и выраженность предменструального синдрома была значительно ниже как по сравнению с женщинами общей обследуемой группы, так и в сравнении с женщинами, пользующимися спиралью (27%).

4. Использование гормональных противозачаточных средств способствует сглаживанию предменструального синдрома и указывает на участие эндокринных сдвигов в его возникновении.

**Литература:**

1. Межевитинова Е.А., Прилепская В.Н. Предменструальный синдром. - Гинекология. - 2002, приложение: 3-8.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Максимович Е.Н., Пилецкая Е.С., Мисюченко О. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Кажина М.В.*

**Актуальность.** Невынашивание беременности может быть обусловлено ее замиранием. Это обуславливает необходимость изучения причин данного явления.

**Цель и задачи.** Изучение факторов, препятствующих развитию беременности, методом анкетирования.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 55 женщин (от 17 до 43 лет) с неразвивающейся беременностью сроком от 3-х до 12-ти недель. У беременных женщин с данной патологией изучено влияние на их организм социально-экономических, психогенных, эндокринных, иммунологических, генетических, инфекционных факторов, а также экстрагенитальных заболеваний, токсикозов и других факторов неизвестной этиологии.

**Результаты.** Основную группу анкетированных составляли женщины в возрасте от 25 до 35 лет (59%). В течение первого триместра беременности наблюдались следующие заболевания: ОРВИ (25%), ОРЗ (23%), герпес (16%), грипп (10%), ринит (8%), ангина (6%). Также у большинства женщин проводилось обследование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), в результате которого были выявлены такие заболевания, как хламидиоз (11,4%), уреаплазмоз (11,4%), микоплазмоз (9,1%), герпес (6,8%), кандидоз (6,8%), гонорея (2,3%), цитомегаловирус (4,5%) и туберкулез (2,3%). Среди профессиональных вредностей чаще встречались психологическое перенапряжение, физическая нагрузка, пыль, шум, работа за компьютером.

**Выводы.**

1. Выявлена прямая корреляционная зависимость между невынашиванием беременности и перенесенными в первом триместре ОРВИ и ОРЗ, ИППП, отсутствием прегравидарной подготовки, паритетом родов, группой крови.
2. Внедрение скрининговых диагностических программ по выявлению факторов риска по невынашиванию беременности является одним из важных методов среди профилактических мероприятий данной патологии.

## ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

*Максимович Е.Н., Пилецкая Е.С., Мисюченко О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор М.В. Кажина*

**Актуальность.** Вопросу контрацепции почти столько же лет, сколько существует человечество. Несмотря на обилие современных эффективных противозачаточных средств, многие пары продолжают применять старые, низкоэффективные методы. Причиной является как недостаточная осведомленность женщин о современных способах контрацепции, так и неуверенность в их безопасности. Это обуславливает необходимость изучения влияния использования современных контрацептивов на здоровье женщины.

**Цель и задачи.** Изучение распространенности использования различных методов контрацепции, а также их влияния на организм. Объективизация полученных данных путем анкетирования.

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 200 женщин от 17 до 43 лет. Были исследованы такие вопросы, как информированность о различных методах контрацепции, вид контрацепции, частота и длительность использования, влияние на организм, степень надежности, уверенность в используемом методе.

**Результаты исследований.** Основную группу анкетированных составляли женщины в возрасте от 21 до 25 лет (70 %). 160 пациенток пользуются различными методами контрацепции. Наиболее широко используются такие методы:

Методы контрацепции	количество	%
презервативы	90	56,25
coitus interruptus	95	59,38
внутриматочное средство (ВМС)	15	9,37
пероральные гормональные препараты (ПП)	50	31,25
календарный метод	20	12,5

Женщины отмечают, что отказываются от использования гормональных вследствие недостаточной информированности об этих препаратах, неуверенности в их достаточной эффективности, боязни осложнений.

На фоне приема гормональных контрацептивов женщины отмечали:

Симптомы	ВМС		ПП	
	количество	%	количество	%
боль внизу живота	9	60	2	4
нерегулярность менструального цикла	7	46,7	9	18
мажущие выделения	7	46,7	8	16
головную боль	2	13,3	11	22
тошноту	-	-	2	4
тяжесть или боль в молочных железах	2	13,3	5	10
аллергические реакции на прием препаратов	-	-	1	2
состояние кожи, волос, ногтей: улучшилось	-	-	35	70



Симптомы	ВМС		ПГП	
	количество	%	количество	%
не изменилось	-	-	10	20
ухудшилось	-	-	5	10

**Выводы.** Установлено, что, несмотря на наличие современных, достаточно эффективных методов контрацепции, большинство женщин отдают предпочтение старым способам, таким как презерватив и прерванный половой акт.

Среди современных методов женщинами чаще используется ВМС, в то время как использование гормональных средств наименее популярно.

Выявлена низкая информированность женщин о современных методах контрацепции, показаниях, противопоказаниях, лечебных эффектах.

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ В УЗ «ГОДКБ»

*Максимчик Н.И., Драгун М.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., ассистент Жемойтяк В.А.*

Информация ВОЗ свидетельствует о том, что заболеваемость сахарным диабетом (СД) неуклонно растет, сопровождаясь параллельным увеличением количества детей с впервые диагностированным СД. Как известно, СД 1 типа занимает значительное место в структуре хронических заболеваний у детей и является одной из важнейших проблем современности [1].

Острые осложнения СД, в первую очередь, диабетического кетоацидоза (ДКА) до сих пор являются одной из причин смертности у детей. Мировой опыт лечения детей, страдающих СД, свидетельствует об уровне смертности при лечении от 3,5% до 5% [2].

Цель исследования – проанализировать истории болезни детей с ДКА с целью выявления ошибок на разных этапах оказания медицинской помощи.

Нами проанализировано 76 историй болезни поступивших в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом СД 1 типа в состоянии кетоацидоза за период 2004-2007 гг. Из них мальчики составили 25%, девочки – 75%. Возраст детей - с 11 месяцев до 15 лет.

Выявлено, что из впервые выявленных детей СД 1 типа в состоянии кетоацидоза поступили в стационар 55%. Клиническими проявлениями ДКА были полидипсия – 55%; слабость, вялость – 52%; полиурия – 48%; снижение массы тела – 42%; рвота – 37%; по 9% - боли в животе, сухость во рту.

Уровень гликемии при поступлении составил: более 30 ммоль/л – у 9,6%; 25-29,9 ммоль/л – 16,1%; 20-24,9 ммоль/л – 6,4%; 15-19,9 ммоль/л – 32,25%; 10-14,9 ммоль/л – 19,35%; 5-9,9 ммоль/л – 6,4%; менее 5 ммоль/л – 9,6%. КОС при поступлении был определен у 40% больных. Из них рН крови был следующим: в норме - ни у кого, в диапазоне 7,35 – 7,19%, 7,2-6,9 – 53% и менее 6,8 – 13%. Из чего следует, что, исходя из данных КОС, все дети поступили в состоянии декомпенсированного метаболического ацидоза.

В настоящее время корректной при выведении из ДКА у детей считается следующая тактика: несмотря на гипергликемию, обязательно постоянное использование глюкозосодержащих растворов в сочетании с солевыми. Постоянное введение глюкозы необходимо для профилактики резкого снижения гликемии и отека мозга на фоне лечения, а также в качестве антилактадемического средства.

Концентрация глюкозы в растворе зависит от уровня гликемии у больного: 2,5% при сахаре крови больше 25 ммоль/л; 5% - при 14,25 ммоль/л; 7,5-10% - при ниже 14 ммоль/л [2]. Использование у детей в начале лечения только физиологического раствора может приводить к гипернатриемии с синдромом гиперосмолярности и возникновению дополнительных предпосылок для развития отека мозга.

Выбор инфузионных сред для регидратации в УЗ «ГОДКБ» был следующий: при поступлении у всех детей стартовым раствором был 0,9% хлорид натрия, а в дальнейшем введении у 70% больных использовался раствор глюкозы не выше чем 5%. Переход на инфузионную среду с другим процентным содержанием глюкозы не проводился ни у одного больного.

Таким образом, приведенная информация свидетельствует о поздней диагностике ДКА и несоответствии инфузионной терапии современным требованиям при выведении детей из ДКА.

#### **Литература:**

1. Янковская В.Н., Демидова Л.В., Андрейченко А.П. и соавт. Лечение диабетической кетоацидотической комы у детей // Педиатрия, №6, 2005. – С. 106-110.
2. Мартынова М.И., Смирнов В.В., Картелишев А.В. и соавт. Ошибки диагностики и клинико-биохимические особенности неотложных состояний при сахарном диабете у детей // Педиатрия, №6, 2005. – С. 103-105.

## СОДЕРЖАНИЕ

ENDOGENOUS MORPHINE .....	3
ANATOMICAL FEATURES OF BRANCHES OF FEMORAL ARTERY (LITERARY REVIEW). 4	
CORRELATION OF PARAMETERS OF A. UTERINA WITH SOME ARTERIES OF THE PELVIS OF MAN .....	4
ANATOMIC FEATURES OF A DEEP ARTERY OF HIP .....	5
RESULTS OF JANIN (VELVET) ADMINISTRATION IN THE CONTINUOUS REGIMEN FOR TREATMENT OF GENITAL ENDOMETRIOSIS .....	6
ЯДРЫШКИ ГЕПАТОЦИТОВ, КАК МАРКЁРЫ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С .....	7
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ БИОСОВМЕСТИМОСТИ ИМПЛАНТАТОВ, ПОКРЫТЫХ АЛМАЗОПОДОБНЫМИ УГЛЕРОДНЫМИ ПЛЕНКАМИ, В МЫШЕЧНЫХ И КОСТНЫХ ТКАНЯХ .....	8
ИММУНИТЕТ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА .....	9
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ С СОПУТСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ПРИ ЕГО ОТСУТСТВИИ .....	10
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛАКУНАРНЫХ АНГИН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ .....	12
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ .....	13
ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	14
ЖИРОВИЦКАЯ ОБИТЕЛЬ В ПЕРИОД ХРУЩЕВСКОЙ ПОЛИТИКИ .....	15
МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОЦЕНКА ПРОГНОЗА МЕЛАНОМ КОЖИ ..	16
РЕКЛАМА! РЕКЛАМА? РЕКЛАМА .....	17
СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС .....	18
ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБ ИНСУЛЬТЕ .....	19
ИЗУЧЕНИЕ СЕКРЕТОРНОГО ЦИКЛА АЦИНУСОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТАЗА .....	20
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЛАЗМЫ КРОВИ КРЫС В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОТМЕНЫ ЭТАНОЛА ПОСЛЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ .....	21
ФОРМИРОВАНИЕ ПУЛА СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ ПЕЧЕНИ КРЫС В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОТМЕНЫ ЭТАНОЛА ПОСЛЕ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ .....	22

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	23
КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	25
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МАЛОГО БИЗНЕСА.....	26
КАКОВЫ КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЕЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ? .....	27
МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ .....	28
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ .....	29
АРИТМИИ У ДЕТЕЙ (СТРУКТУРА И ЭТИОЛОГИЯ В 2005-2007 ГОДАХ) .....	30
АКТИВНОСТЬ ФОСФАТАЗ В ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ.....	31
ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ПЕРИТОНИТОМ.....	32
ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	33
МЕДИЦИНА В ЗЕРКАЛЕ ИСТОРИИ.....	35
ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИФИЛИСА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ .....	36
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ .....	37
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РОЛЬ КУЛЬТУРЫ.....	37
ЯЗЫКОВЫЕ СРЕДСТВА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПОТЕНЦИАЛЬНОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ.....	39
ДИНАМИКА РЕФРАКЦИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	40
ОЦЕНКА СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ ЗНАЧИМОСТИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ В НАРУШЕНИЯХ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА.....	41
ВАЛЕОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИИ С КУРЕНИЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	42
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МЕТОДОМ ПАНКРЕАТОЦИСТОВИРСУНГОЕЮНОСТОМИИ.....	43
ПРОГРАМИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ САНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	44
РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ.....	45

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	46
ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКИХ ФАКТОРОВ У МАТЕРЕЙ, ДЕТИ КОТОРЫХ СОСТОЯТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.....	48
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВОТОКА И ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	49
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТИНА Е2 В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	50
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТИНА Е2 С ЦЕЛЬЮ ИНДУКЦИИ РОДОВ.....	51
РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	52
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТОСКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	53
МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА.....	54
ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ.....	56
ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИКИ У ЖЕНЩИН С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	57
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	58
ХАРАКТЕР РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРООТЛОЖЕНИЯ У МУЖЧИН ВТОРОГО ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ.....	59
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	60
ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОСТУПАМИ.....	61
ПСИХОЛОГИЯ БОГАТСТВА.....	62
ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА БОЛЬНЫМИ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ.....	63
ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИФА-ТЕСТОМ НА АСКАРИДОЗ.....	64
ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМОКСИПИНА У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА.....	65
ЛАЗЕРНЫЙ АНАЛИЗ УТЕЧЕК ГАЗА В ТРУБОПРОВОДАХ.....	66
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЕ.....	67
МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ.....	68
БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ ИШЕМИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЫПОЛНЕНИЯ.....	69

КОРРЕКЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРЕПАРАТОМ «РОГЛИТ» У ПАЦИЕНТОК С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ .....	70
ДОБАВОЧНЫЕ ПОЧЕЧНЫЕ АРТЕРИИ.....	71
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	72
ГЛУТАТИОНОВЫЙ РЕДОКС-ЦИКЛ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ.....	73
К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ.....	74
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ПОСТУПИВШИХ В ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА, С ДИАГНОЗОМ «ЛИХОРАДКА НЕУСТАНОВЛЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ» .....	75
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СУИЦИДАЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	76
АКТИВНОСТЬ ГЛЮКОЗО-6-ФОСФАТАЗЫ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОДНОКРАТНОМ ВВЕДЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ЭТАНОЛА .....	77
РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	78
ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	79
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ MODS 2 (MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SCORE) В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ КРИТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....	81
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК ПОТОМСТВА БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ БЕРЕМЕННЫХ .....	82
ВИДЫ PR-ТЕХНОЛОГИЙ .....	83
ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .....	84
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ .....	85
ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ФПН МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	86
РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ТОРГОВЫХ ОТНОШЕНИЙ БССР В 1960-1980 ГГ.....	88
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.....	89
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....	90

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ.....	91
ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОТИВ ГЕПАТИТА В...	92
ПОПЕРЕЧНЫЕ ДИАМЕТРЫ ДИСТАЛЬНЫХ ЭПИФИЗОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ГОЛЕНИ У ЖЕНЩИН С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	93
МЕТАФОРЫ И ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИ УСТОЙЧИВЫЕ ВЫРАЖЕНИЯ В ПОДЪЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ .....	94
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ.....	95
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ.....	96
ПРИМЕНЕНИЕ ВИХРЕВЫХ ТЕПЛОГЕНЕРАТОРОВ В СВЕТЕ ТЕОРИИ ТОРСИОННЫХ ПОЛЕЙ.....	97
АБЗИМНАЯ АКТИВНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КАК КРИТЕРИЙ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ. ....	98
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА .....	100
ПРИНЦИПЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	101
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА ДЛЯ РАСЧЕТА НОРМАЛЬНЫХ ВОЗРАСТНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.....	102
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЧЕРЕПА НОВОРОЖДЕННЫХ .....	103
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ .....	104
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....	105
ОЦЕНКА УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ВРАЧЕЙ .....	106
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ.....	107
ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ДУГИ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ.....	108
ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ПРИ НЕКОТОРЫХ МНОЖЕСТВЕННЫХ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА.....	109
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАДНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕЛЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС.....	110
АУТОДЕРМОПЛАСТИКА СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.....	111
ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА. ....	112
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВЕТВЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ .....	113
ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У КРЫС ПРИ ХОЛОДОВОМ ВОЗДЕЙСТВИИ И ПОСЛЕДУЮЩЕМ ОТОГРЕВАНИИ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ.....	114

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОДОСТРОЙ СТАДИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ .....	115
К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА .....	116
О РОЛИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА .....	117
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ .....	118
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОПУЛЯРНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕСТИРУЮЩИХ СРЕД .....	119
ВЛИЯНИЕ НАСИЛИЯ В СМИ НА ПОВЕДЕНИЕ ИНДИВИДА.....	120
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ .....	121
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ ГОРОДА ГРОДНО В КОНТЕКСТЕ АРХИТЕКТУРЫ И КУЛЬТУРЫ .....	122
О СИНДРОМЕ ШТУРГЕ-ВЕБЕРА.....	123
ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ КАК ПРИЧИНА НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ .....	124
ОЦЕНКА ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ, РАНЕЕ ЛЕЧИВШИХСЯ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....	125
ОСОБЕННОСТИ ОБМЕНА $\gamma$ -АМИНОМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ.....	126
САМОДИАГНОСТИКА ЖЁСТКИХ ДИСКОВ ПРИ ИХ ТЕСТИРОВАНИИ.....	128
ОЦЕНКА РОЛИ ЭКСПРЕССИИ ЦИКЛИНОВ B1 И D1 В МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	129
КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В Г. МИНСКЕ ЗА 2004-2006 ГГ. ....	130
ФАКТОРЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ, ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА .....	131
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЖИТЕЛЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 ГГ.....	132
ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ ОТ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖИТЕЛЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2001-2005 ГГ.....	134
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ <i>TRICHOMONAS VAGINALIS</i> .....	135
УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	136



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕАТОГЕПАТИТОВ И ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С НИЗКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРОЦЕССА .....	137
К 170-ЛЕТИЮ ПЕРВОГО В МИРЕ ЗАКОНА ПО ПСИХИАТРИИ .....	138
ПЕРВЫЙ ОРИГИНАЛЬНЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ТРУД ПО ПСИХИАТРИИ .....	139
ВЛИЯНИЕ ДЕЛИРИОЗНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА .....	140
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ЯВИВШАЯСЯ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА .....	141
ПОПЫТКА РАНЖИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ .....	142
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ .....	143
ДЕМОНСТРАЦИЯ ЭФФЕКТА ДОПЛЕРА В АКУСТИКЕ ПРИ МАЛЫХ СКОРОСТЯХ ДВИЖЕНИЯ .....	144
КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .....	145
РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	147
ТИПЫ РЕАКЦИИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА ПРОБУ С РЕАКТИВНОЙ ГИПЕРЕМИЕЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	148
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РЕОВАЗОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ .....	149
ПРИЕМНАЯ СЕМЬЯ: ЭКОНОМИКО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ .....	150
СИНДРОМ РЕПЕРФУЗИИ-РЕОКСИГЕНАЦИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКИХ КРИТИЧЕСКИХ ИШЕМИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ ОККЛЮЗИЯХ .....	151
КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЛОВИЯХ .....	152
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ТЕЙЛОР ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ .....	153
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ WEB-БРАУЗЕРОВ .....	155
ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БРАДИАРИТМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА .....	156
ОСОБЕННОСТИ МЕТОДА ДОППЛЕРОМЕТРИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ГИПОТРОФИИ ПЛОДА .....	157

АГРЕГАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ .....	158
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕЙРОМЕДИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	159
ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЖИРЕНИЯ .....	160
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБОНЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ.....	161
СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ.....	162
МНЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ О РАБОТЕ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	163
ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА .....	164
ХМЕЛЬ КАК КОМПОНЕНТ ПИВА И БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК, ПРИМЕНЯЕМЫХ В НАРКОЛОГИИ.....	165
ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РУССКО-ЯПОНСКОЙ ВОЙНЫ 1904-1905 гг. ....	166
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЦЕНТРЕ .....	167
ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗОБРАЖЕНИЙ НЕКОТОРЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ НА ПРОФИЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАММАХ ГОЛОВЫ.....	168
ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВООРУЖЁННЫХ КОНФЛИКТОВ .....	170
ОТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЛЁГКИХ К СВОЕЙ БОЛЕЗНИ И МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ) .....	171
АНГЛИЦИЗМЫ В СОВРЕМЕННОМ НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ МЕДИЦИНЫ.....	172
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА .....	173
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ.....	174
РАНЕНИЯ ВЕК. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ.....	175
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕВИЗИЯ ФИЛЬТРАЦИОННОЙ ПОДУШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ .....	176
ПРИМЕНЕНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ТЕРАПИИ УВЕИТОВ .....	177

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКАПСУЛЯРНОЙ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ НА ГЛАЗАХ С ПСЕВДОЭКСФОЛИАТИВНЫМ СИНДРОМОМ.....	178
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	179
АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ.....	180
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ШКОЛЬНО-ЗНАЧИМОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ .....	181
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИАЦИОННО-ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ.....	182
ВЕРИФИКАЦИЯ ДИАГНОЗА ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ .....	183
ЭФФЕКТ ИСТЕНОНА НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	185
ЭФФЕКТ НЕБИВОЛОЛА НА КИСЛОРОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ И ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	186
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	187
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ОТ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	188
ПОКАЗАТЕЛИ ВСР У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОНОВОЙ И ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ .....	189
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА .....	190
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АНАТОМИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ .....	191
УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ИЗУЧЕНИИ ЭХОАНАТОМИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....	192
СИСТЕМЫ ОБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ .....	193
ИНСТИТУТ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....	194
ИССЛЕДОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ г. ГРОДНО К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ....	195
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЗАЛАИН В ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ КАНДИДОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ .....	196
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН НА МОМЕНТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	197

ОШИБКИ В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ.....	198
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ND:YAG – ЛАЗЕРА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ.....	199
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ .....	200
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАРТИЗАН И ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ОККУПИРОВАННОЙ ВО ВРЕМЯ ВОЙНЫ ТЕРРИТОРИИ БЕЛАРУСИ.....	201
ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА ГЕМОЛИМФЫ КИТАЙСКОГО ДУБОВОГО ШЕЛКОПРЯДА НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ЭТАНОЛА .....	202
ВАРИАНТЫ МОДЕЛИРОВАНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ .....	203
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОВОЛНОВОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ, ФОТОТЕРАПИИ ПОЛИХРОМАТИЧЕСКИМ СВЕТОМ И ИХ СОЧЕТАНИЕ НА ДИНАМИКУ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ НЕВРОПАТИЯМИ .....	204
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	205
ОЦЕНКА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ АУТОВАКЦИНЫ ПРИ КАНДИДОЗЕ.....	206
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	207
РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕРВОКУРСНИКОВ.....	208
РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ПЕРВОКУРСНИКОВ .....	209
КРАТКИЙ АНАЛИЗ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ВЫРАЖЕНИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ МЕДИКОВ .....	210
ПОНЯТИЕ О СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ.....	212
ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	213
ТРАССОВОЕ ДЕТЕКТИРОВАНИЕ МАЛЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ АММИАКА .....	214
ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	215
РЕАЛЬНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА .....	216
БЛИЗНЕЦЫ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА .....	217
ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	218
УРОВЕНЬ ЭКСТРА-ИНТРАВЕРСИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ХРОНОТИПОМ.....	219
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО УЛУЧШЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА.....	220

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ.....	221
АНАТОМИЯ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА .....	222
АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКИХ АСИММЕТРИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	223
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН .....	224
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫСТРЕЛЕ В УПОР .....	225
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОТОКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА .....	226
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА НА ГРОДНЕНЩИНЕ .....	227
ПРОФЕССОР В. Ч. БРЖЕСКИЙ: СОЦИАЛ-ГИГИЕНИСТ И ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ .....	228
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ РУМЛЕВСКОГО ЛЕСОПАРКА И ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ИХ ОБИТАНИЯ .....	229
ПРИМЕНЕНИЕ МРТ И РКТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ФЛЕГМОН ГЛУБОКИХ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ ШЕИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ .....	230
СОЦИАЛЬНО- СИТУАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕСТУПЛЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА, СОВЕРШЕННЫХ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.....	231
СОЧЕТАНИЯ ЛИЦЕВЫХ АСИММЕТРИЙ С СЕНСОРНЫМИ И МОТОРНЫМИ АСИММЕТРИЯМИ .....	232
АЛКОГОЛИЗМ В СТРУКТУРЕ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	234
БИОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ И НЕЙРОНАХ ГИПОТАЛАМУСА КРЫС ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА.....	235
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ГЕПАРИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	236
ЯДОВИТЫЕ ЖИВОТНЫЕ, РЕАЛЬНЫЕ И МИФИЧЕСКИЕ.....	237
ПРИЧИНЫ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ СТОПЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ .....	238
ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДИСТАЛЬНЫХ АМПУТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	239
ПРИМЕНЕНИЕ КРИТЕРИЯ КРАМЕРА-УЭЛЧА В БИОМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ.....	240
ВЛИЯНИЕ НИТРАТОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА .....	241

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ .....	242
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ НАРКОМАНИИ .....	243
ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АМИНОКИСЛОТНОГО ДИСБАЛАНСА В ТАЛАМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ МОРФИНОВОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ.....	245
ФАКТОРЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПЕРВОКУРСНИКОВ .....	246
МИОМА МАТКИ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.....	247
ДИСБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ - ПРИЧИНЫ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ .....	248
ЗДОРОВАЯ МАТЬ - ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК .....	249
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ (ИММУНИЗАЦИИ).....	249
ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ .....	250
ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ .....	251
ПАССИВНАЯ КОНСТРУКЦИЯ В АНГЛИЙСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ТЕКСТЕ .....	252
НАПРАВЛЕННАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ.....	254
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕНТОЗОФОСФАТНОГО ПУТИ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПРИ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ .....	255
ЭФФЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ГЛИКОЛИЗ В ПЕЧЕНИ КРЫС .....	256
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У КУРЯЩИХ И НЕКУРЯЩИХ СТУДЕНТОВ.....	257
ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА IN VITRO НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ПЕРИОД АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ .....	258
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	259
ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ ПЛАЦЕНТЫ В БЕРЕМЕННОСТИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ЭКО .....	260
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ.....	261
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРАХЕОБРОНХИТА С ПОМОЩЬЮ ИНГАЛЯЦИОННОГО ГЛЮКОКОРТИКОИДА ФЛЮТИКАЗОНА .....	262

ИМУННОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ДО И ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ СЕГМЕНТЕ .....	263
РЕЛИГИЯ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО .....	264
АНАТОМИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ .....	265
О РОЛИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КИШЕЧНИКА .....	266
ПРИЧИНЫ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ .....	267
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....	268
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ СМЕРТИ ПО УРОВНЮ НАРАСТАНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИОНОВ КАЛИЯ В ЖИДКОСТИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА МЕТОДОМ ПЛАМЕННОЙ ФОТОМЕТРИИ .....	269
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....	270
ЧИСЛЕННЫЙ РАСЧЕТ ВТОРОГО ВИРИАЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА МЕТОДОМ МОНТЕ-КАРЛО .....	271
МАГНИТОСТРИКЦИОННЫЙ ИЗЛУЧАТЕЛЬ УЛЬТРАЗВУКА НИЗКОЙ ЧАСТОТЫ .....	272
ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТИЛИСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭВФЕМИЗМОВ В АНГЛИЙСКИХ ТЕКСТАХ .....	273
ФАРМАВАННЕ БЕЛАРУСКАГА ХАРАКТАРУ .....	274
ОСОБЕННОСТИ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА ЛЕГКОАТЛЕТОВ ГРОДНЕНСКОГО РЕГИОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА .....	275
РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ФАРМАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....	276
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ .....	278
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	279
ВЛИЯНИЕ ПРИЕМА КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ .....	280
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ В УЗ «ГОДКБ» .....	281

Научное издание

**ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ И  
МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ, ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ  
ПРОФЕССОРА В. Ч. БРЖЕСКОГО**

В двух частях

*Часть 1*

Ответственный за выпуск: В.А. Снежицкий

Компьютерная верстка: Е.П. Курстак

Корректор: Л.С. Засельская

Подписано в печать 16.05.2008.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная.

Гарнитура Таймс. Ризография.

Усл. печ. л. **17,2**. Уч.-изд. л. **21,8**. Тираж **22** экз. Заказ **44**.

Издатель и полиграфическое исполнение  
учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.