

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 2*

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. 2 – 240 с.  
ISBN 978-985-496-380-8

Сборник содержит материалы конференции студентов и молодых ученых,  
посвященной памяти профессора В.Ч. Бржеского, г. Гродно 10-11 апреля  
2008 г.

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

ISBN 978-985-496-380-8

УДК 61(063)  
ББК 5

© УО «ГрГМУ», 2008

# МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Малуха В.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Ложко П.М.*

Общая тенденция внедрения в клиническую практику органосохраняющих операций на поджелудочной железе предполагает углубленные знания ее протоковой системы. С целью изучения особенностей архитектоники выводных протоков поджелудочной железы проведены анатомические исследования на 25 органокомплексах желудочно-кишечного тракта людей, умерших в возрасте 20-84 лет.

Методы исследования: макромикропрепарирование, панкреатикография, статистический.

Установлено, что наибольшие колебания по количеству протоков 1 порядка в зависимости от типа архитектоники отмечались в области тела и хвоста поджелудочной железы. При рассыпном типе количество протоков 1 порядка составляло в головке  $14,4 \pm 0,7$ , в теле -  $39,05 \pm 1,7$ , в хвосте -  $12,8 \pm 0,9$ ; при магистральном типе в головке  $13,7 \pm 0,6$ , в теле -  $25,3 \pm 2,2$  в хвосте -  $9,8 \pm 0,2$ .

Архитектоника протоков в области хвоста поджелудочной железы отличалась относительным постоянством, их длина варьировала от 5,1 до 15,2 мм ( $11,3 \pm 0,6$ ). Протоки 1 порядка образовывались путем последовательного дихотомического слияния протоков меньшего порядка, имели короткий ствол и вливались в главный проток в области верхнего и нижнего полюса окружности протока чаще под острым, реже прямым углом ( $68^\circ \pm 11^\circ$ ). По сравнению с протоками хвоста, протоки тела были значительно длиннее. В их формировании наблюдали два крайних варианта: дихотомический и многоствольный. Характер впадения протоков 1 порядка зависел от формы поперечного сечения поджелудочной железы. При плоской форме органа протоки вливались в главный проток в строго фронтальной плоскости, что в значительной степени может исключать вероятность их повреждения со стороны передней поверхности поджелудочной железы. При треугольной форме поперечного сечения в области полюсов окружности протока отмечали впадение двух радиарно расположенных протоков 1 порядка. Угол их впадения колебался в пределах  $45-93^\circ$ .

Знание и учет топографии и микрохирургической анатомии протоков поджелудочной железы при выполнении на ней органосохраняющих операций позволяет в значительной степени снизить вероятность их травмирования и обеспечить герметичность культи железы. Соблюдение этих принципов является важнейшим условием в профилактике послеоперационного панкреатита.

# СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

*Малышко Н.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – доцент, к.м.н. Парамонова Н.С.*

В настоящее время растет количество беременностей с использованием экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Появляются и первые исследования по состоянию здоровья детей, родившихся после ЭКО. В целом проблемы со здоровьем возникали у них не чаще, чем у детей, зачатых естественным путем, не было получено доказательств, показывающих, что ЭКО увеличивает распространенность грубых врожденных пороков развития, онкологических заболеваний или нарушения психологического или эмоционального развития. Однако существует и другая точка зрения: ЭКО может оказывать неблагоприятное воздействие на некоторых детей во время родов, увеличивает риск некоторых редких генетических заболеваний, способствует более высокой частоте поведенческих проблем и физических аномалий.

**Целью** проводимого исследования было изучение раннего неонатального анамнеза детей, родившихся после ЭКО.

**Материал и методы исследования:** Было проанализировано 17 историй родов у женщин, прошедших экстракорпоральное оплодотворение и 25 карт новорожденных. Все женщины были из группы возрастных первородящих. Беременность протекала во всех случаях с угрозой прерывания, 7 женщин (41,1%) перенесли на фоне беременности ОРВИ. У всех женщин наблюдался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (поздний гестоз беременных – 5 (29,4%), фетоплацентарная недостаточность – 8 (47%), акушерский разгрузочный пессарий – 4 (23,5%)).

9 женщин (52,9%) были беременны одним ребенком, 7 (41,1%) – двумя и 1 (5,9%) – тремя. В результате родов рождено 25 детей, в случае беременности тройней имел случай антенатальной гибели одного плода. Все дети рождены путем операции кесарево сечение, из них: плановое – 14 (82,2%), экстренных – 3 (17,8%).

Вес новорожденных колебался от 1100,0 до 3750,0 г. Маловесных детей к сроку гестации было 7 (28%), с морфофункциональной незрелостью – 5 (20%).

При рождении дети по шкале Апгар были оценены следующим образом: 9/9 баллов – 1 (4%), 8/9 баллов – 4 (16%), 8/8 баллов – 17 (68%), - 7/8 баллов – 1 (4%), 6/ИВЛ – 2 (8%). После рождения у 8 детей (32%) состояние было удовлетворительным, у 10 (40%) - среднетяжелым, у 7 (28%) - тяжелое. Тяжесть состояния 17 новорожденных обусловлена: СДР 1 типа – 15 (88,2%), ДН 1 ст. – 10 (66,6%), ДН 2 ст. – 3 (20%), ДН 3 ст. – 2 (13,4%), морфофункциональной незрелостью – 2 (11,8%).

ИВЛ была необходима 3 новорожденным (12%). Из них один переведен на ИВЛ в первые 10 минут жизни, двое – в первую минуту жизни, всем введен Куросульф.

Первое прикладывание к груди у 20 детей произошло в конце первых суток.

Анализ течения периода адаптации показал, что в этот период у 10 детей (40%) наблюдалась неонатальная желтуха, у 1 (4%) синдром срыгивания, у 3 (12%) локальный кожно-геморрагический синдром

Из 21 выписанного домой ребенка группа здоровья II А – у 3 (14,3%), II Б – у 17



(85,7%). 4 детей переведены в Гродненскую областную детскую клиническую больницу для дальнейшего лечения (1 – кишечная динамическая непроходимость, 1-пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, 2 детей с СДР 1 типа РАЛ ДН 1-2, недоношенность 30 недель).

У двойни смерть наступила в возрасте: первый ребенок - 3 недели, второй – 1 месяц (диагноз) - врожденная инфекция, некротический язвенный энтероколит).

Таким образом, для суждения об особенностях детей, родившихся после ЭКО, требуется наблюдение за этой группой детей в динамике.

## **ВОЗДЕЙСТВИЕ ОДНОТОНОВЫХ БИНАУРАЛЬНЫХ БИЕНИЙ НА ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ**

*Маникайло Е.А., Руткевич Н.Л.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – магистр естественных наук,*

*преподаватель Копыцкий А.В.*

В последнее время становится актуальной проблема воздействия на сознание с помощью технических средств, основанная на особенностях человеческого восприятия. Основой некоторых методов являются так называемые бинауральные биения. Суть эффекта бинауральных биений состоит в том, что на одно ухо испытуемого подается звуковой сигнал одной частоты, а на другое – частоты, отличающейся от первоначальной. Человек же при определенных условиях будет слышать не отдельные разночастотные звуки, а некоторые биения, частота которых равна разности частот звуков в каждом из динамиков. И некоторые авторы утверждают, что эти биения могут воздействовать на человека, провоцируя или подавляя некоторые процессы как в психике, так и в теле человека.

Механизм бинаурального слияния звуков может быть описан в виде математической модели, которая основывается на поиске центральной слуховой нервной системой перекрестных корреляций между звуковыми сигналами в обоих ушах. Другими словами, звуки, поступающие в уши, рассматриваются как статистические события, а механизм бинаурального слияния использует поиск общности между ними. Когда один тон подается в правое ухо, а другой, незначительно отличающийся по частоте, - в левое, в слившемся слуховом образе воспринимаются биения. Интересная особенность бинауральных биений состоит в том, что они проявляются при полной акустической изоляции обоих звуков, поступающих в левое и правое уши. Очевидно, бинауральные биения возникают в определенном месте центральной нервной системы при взаимодействии нейронной активности, кодирующей поступающие в оба уха звуки. Нейроны, дающие ответную реакцию на огибающую бинауральных биений, обнаружены в нижних отделах головного мозга (Superior olive)[1].

Целью данной работы являлось выяснение факта воздействия различных частот однотонных биений на психику испытуемого. Для этой цели был использован генератор синусоидальных колебаний, входящий в программный пакет «Wavelab Steinberg 4.0». Так как у авторов доступных публикаций нет единого мнения по поводу частотных границ эффекта, то в наших опытах эти границы определялись самостоятельно.

Таким образом, было выяснено, что разность частот не должна превышать 25-30 Гц для возникновения биений. Также в ходе проверки были опробованы воздействия

некоторых частот биений, которые, по мнению многих авторов в сети Internet, способны оказывать влияние на психические процессы в сознании испытуемого. Так, например, частота в 10 Гц должна вызывать расслабление, 5 Гц – состояние сна и т.д. Однако в ходе испытаний подобных эффектов выявлено не было, реакция на ту или иную частоту биений была субъективной. Также по советам некоторых авторов биения были наложены на шумы или на музыку, однако реакция была опять же субъективной.

Таким образом, был сделан вывод о наличии бинауральных биений, однако утверждения о возможностях влияния на психику испытуемого однотонных биений (т.е. биений постоянной частоты), мы считаем, опровергнуты. Этот вывод согласуется с данными института Монро (США) о том, что однотонные биения не имеют ярко выраженного эффекта воздействия, для этого требуется использование многотонных, имеющих более сложную звуковую композицию, биений в сочетании с дыхательными практиками, словесным внушением и т.д. (что, например, реализовано в технологии Hemi-synk).

## **АНАЛИЗ СВЯЗИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ С АЛКОГОЛЬНЫМ ОПЬЯНЕНИЕМ В Г. МИНСКЕ ЗА 2004-2006 гг.**

***Марукович Ю.С., Гриб О.К., Дунаев Д.И., Августиневич И.А.,  
Казбанов В.В., Савченко А.А., Тарасик А.О.***

***Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра судебной медицины***

***Научный руководитель – профессор, д.м.н. Игумнов С.А.***

Проблема связи потребления алкоголя и самоубийств является чрезвычайно актуальной на сегодняшний день. Ежегодно в мире совершается более 1,4 миллиона суицидов. Значительную часть составляют случаи самоубийств, которые были совершены в состоянии алкогольного опьянения, в том числе и лицами, страдающими хроническим алкоголизмом.

**Материалы и методы:** Сбор данных осуществлялся по материалам заключений судебно-медицинских экспертиз трупов в судебно-медицинских бюро г. Минска за 2004-2006гг.

**Цель исследования:** изучить связь между алкогольным опьянением, самоубийством, полом и возрастом.

**Результаты и их обсуждение.** Было исследовано 947 случаев самоубийства. Количество лиц мужского пола составило 78,8% (746 человек), а женского – 21,2% (201 человек). Среди суицидентов преобладали лица в возрасте 40-60 лет и старше, что составило 64,5%.

Более половины суицидентов на момент совершения самоубийства находились в состоянии алкогольного опьянения – 56%, на учете в наркологическом диспансере состояли 21,8% из их числа. Среди мужчин 62,3% имели ту или иную концентрацию алкоголя в крови, а среди женщин этот показатель составил 32,3%.

Как среди мужчин (39,6%), так и среди женщин (35,4%) концентрация алкоголя в крови чаще всего составляла от 1,5 до 2,5 промилле.

Среди женщин в возрасте 15-19 лет 66,7% имели различную степень алкогольной интоксикации; в возрасте 20-29 лет – 46,7%; в возрасте 30-39 лет – 44,4%; в возрасте 40-49 лет – 44,7%; в возрасте 50-59 лет – 29,3%; в возрасте от 60 лет и старше – 14,0%.

Среди мужчин в возрасте 15-19 лет 39,1% находились в состоянии алкогольного опьянения; в возрасте 20-29 лет – 73,1%; в возрасте 30-39 – 72,9%; в возрасте 40-49 – 72,4%; в возрасте 50-59 лет – 54,9%; в возрасте 60 и старше – 43,9%.

Среди лиц, совершивших самоубийство путем повешения, 59% находились в состоянии алкогольного опьянения, при падении с высоты – 45,4%, при утоплении – 72,9%, при отравлении – 38,8%. Среди суицидентов, использовавших огнестрельное оружие, 66,7% находились в состоянии алкогольного опьянения.

Наибольшее количество суицидов в период с 2004 по 2006 гг. было совершено во Фрунзенском районе г. Минска. Процент самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, является одним из наиболее высоких – 59%. А наименьшее – в Центральном – 5,7%, где наблюдается наименьшее количество самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения – 38%.

#### **Выводы:**

1. В г. Минске за 2004-2006 гг. самоубийство почти в 4 раза чаще совершали мужчины, чем женщины, причем, значительно чаще в состоянии алкогольного опьянения.

2. Ассоциированный с алкогольным опьянением риск суицидальной смертности для мужчин выявляется в возрасте от 20 до 49 лет, а для женщин в возрасте 15-19 лет.

3. Как у мужчин, так и у женщин концентрация алкоголя в крови чаще всего составляла от 1,5 до 2,5 промилле.

4. Наибольшее количество самоубийств за исследуемый период было совершено во Фрунзенском районе, где также наблюдается один из наиболее высоких показателей суицидов, совершенных в состоянии алкогольного опьянения.

#### **Литература:**

1) Д.И. Шустов, «Аутоагрессия, суицид и алкоголизм», Москва «Когито-Центр» 2005г.

2) Гилинский Я.И., Юнацкевич П.И., «Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии», Санкт-Петербург 1999г

## **ГЕМАТУРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ**

***Масюк Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – ассистент Конюх Е.А.*

Гематурия относится к наиболее важным и частым признакам различных заболеваний почек и мочевых путей. Она почти постоянно встречается при остром и хроническом гломерулонефрите и служит одним из важнейших диагностических критериев этого заболевания. Во многих случаях гломерулонефрита (ГН) гематурия занимает ведущее место среди других клинико-лабораторных признаков, а иногда может быть единственным проявлением этого заболевания. По данным различных исследований, длительное персистирование эритроцитурии при ГН у 19-36% больных приводит к развитию хронической почечной недостаточности.

Проанализированы истории болезни 72 детей с острым и хроническим гломерулонефритами, находившихся на обследовании и лечении в соматическом отделении Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2004 по 2007 годы. Из них мальчиков было 46 человек (63,8%), девочек – 26 (36,2%). По поводу острого гломерулонефрита (ОГН) с изолированным мочевым синдромом были госпитализированы 13 (18,0%) больных, ОГН с нефритическим синдромом – 28 (38,8%), ОГН с нефротическим синдромом – 7 (9,7%). По поводу гематурической формы хронического гломерулонефрита (ХГН) – 14 детей (19,7%), нефротической формы – 10 (13,8%). Возраст пациентов составлял от 4 до 16 лет.

Уровень микрогематурии оценивали по данным общего анализа мочи, а также анализа мочи по Нечипоренко, уровень макрогематурии – по данным анамнеза заболевания и жалоб больных при поступлении и за время пребывания в стационаре.

При поступлении в стационар эритроцитурия отмечалась у 40 (83,3%) детей с ОГН и 16 (66,6%) детей с ХГН, из них макрогематурия являлась клиническим симптомом заболевания у 17 (35,4%) пациентов с ОГН и 4 (16,6%) пациентов ХГН. Частота встречаемости гематурического синдрома при различных клинических вариантах ГН была следующей: при изолированном мочевом синдроме - у 13 (32,5%), нефритическом синдроме – у 23 (57,5%), нефротическом синдроме – у 4 (10%) человек из 48 больных ОГН; при гематурической форме – у 14 детей (87,5%), нефротической форме – у 2 (12,5%) из 24 больных ХГН.

Спустя 1 неделю лечения признаки макрогематурии не определялись у 12 (70,5%) больных с ОГН, сохранялись более 1 недели у 5 (29,5%) детей с ОГН и у 4 (100%) детей с ХГН. Динамика микрогематурии была следующей: у 33 (57,5%) пациентов с ОГН и 10 (62,5%) пациентов с ХГН при обследовании через 1 месяц в анализах мочи эритроцитурия не определялась. Признаки эритроцитурии сохранялись более 1 месяца у 17 (42,5%) больных ОГН и 6 (37,5%) больных ХГН.

#### **Выводы:**

1. Гематурический синдром чаще встречается при ОГН, чем при ХГН.
2. Эритроцитурия определяется при всех клинических формах ГН; особенно характерна для изолированного мочевого и нефритического синдромов ОГН и гематурической формы ХГН.
3. У пациентов с ОГН, по сравнению с ХГН, признаки макрогематурии встречаются чаще; у 30% детей сохраняются более 1 недели.
4. Через 1 месяц патогенетической терапии изменения в анализах мочи в виде эритроцитурии сохраняются при ОГН в большем количестве случаев, чем при ХГН.

#### **Литература.**

1. Аверьянова Н.И., Вельдер Е.А. Антиоксидантная защита при гематурии у детей. // Российский педиатрический журнал, 2002, №1, с.31-33.
2. Детская нефрология. Под ред. Н.Сигела. «Практика», Москва. 2006, с.336.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ПОДБОРА ЭФФЕКТИВНЫХ ДОЗ БИСПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Матвейчик А.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научные руководители – к.м.н., доцент Ерш И.Р.,*

*к.м.н., ассистент Курейша А.К.*

Метод суточного мониторирования АД (СМАД) в настоящее время широко используется как для диагностики, так и для контроля лечения больных артериальной гипертензией (АГ).

**Цель исследования:** изучить эффективность 2-месячного лечения биспрололом больных АГ по данным 24-часового СМАД.

**Материал и методы.** Исследование проведено у 27 больных (12 женщин и 15 мужчин) в возрасте 28-54 лет с гиперкинетическим типом гемодинамики, с нормальной массой тела, с I и II степенью АГ (по критериям ВОЗ, 1999), без серьезных сопутствующих заболеваний, требующих регулярного приема лекарств, которые не



имели противопоказаний к приему бисопролола.

После включения в исследование каждому больному назначался курс приема плацебо в амбулаторных условиях длительностью 2 недели. В последующем в течение 2 месяцев больным назначался бисопролол в качестве монотерапии в дозе 10 мг/сутки (группа 1, n = 14) и 15 мг/сутки (группа 2, n = 13). 24-часовое СМАД и ЭКГ проводилось на мониторе «Кардиотехника-4000АД» (С-Петербург), начиная с 9 часов утра, до и после лечения. Измерения выполнялись с интервалом 20 минут днем и 30 минут ночью. Данные СМАД использовались для оценки циркадного ритма АД, а также для определения показателя степени ночного снижения АД (CHCАД), которые рассчитывали по формуле, предложенной В.М. Горбуновым, В.И. Метелица, С.Г. Дуда и соавторы (1999):  $CHCАД = (АД\text{ день} - АД\text{ ночь} / АД\text{ день}) \times 100\%$ .

**Результаты и их обсуждение.** Анализ данных СМАД показал, что к концу лечения у всех больных в обеих группах наблюдалось достоверное снижение как систолического, так и диастолического АД во всех 3-часовых интервалах суток ( $P < 0,01$ ). Однако более значительный гипотензивный эффект отмечен при лечении данным препаратом в дозе 15 мг/сутки. Так, среднее снижение диастолического АД в течение 24 часов в 1-й и 2-й группах больных составило  $12,1 \pm 1,8$  и  $19,2 \pm 1,5$  мм рт. ст. ( $P < 0,05$ ), систолического АД –  $22,4 \pm 1,5$  и  $26,9 \pm 1,2$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ), среднее дневное снижение диастолического АД в 1-й группе составило  $12,7 \pm 1,8$  мм рт.ст., во 2-й группе –  $18,9 \pm 1,6$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ), ночное –  $10,6 \pm 2,1$  и  $15,8 \pm 1,3$  мм рт. ст., соответственно ( $P < 0,05$ ). Систолическое АД днем в 1-й группе снижалось на  $22,0 \pm 1,2$  мм рт.ст и на  $27,8 \pm 1,1$  мм рт. ст. во 2-й группе ( $P < 0,05$ ); ночью, соответственно, на  $20,4 \pm 1,4$  и на  $24,5 \pm 1,1$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ).

Бисопролол в обеих группах ( $12,3 \pm 1,1\%$ ;  $13,8 \pm 1,4\%$ ) достоверно увеличивал степень ночного снижения диастолического АД по сравнению с плацебо ( $8,3 \pm 0,4\%$ ). На уровень степени ночного снижения систолического АД достоверно влиял бисопролол как в 1-й, так и во 2-й группе, однако более существенно по сравнению с плацебо ( $12,8 \pm 1,3$ ;  $14,1 \pm 1,2$  и  $8,0 \pm 0,4\%$  на фоне приема плацебо). В обеих группах больных препарат вызывал урежение частоты сердечных сокращений ( $P < 0,001$ ), однако у трех больных 2-й группы из-за выраженной брадикардии (снижение частоты сердечных сокращений на фоне приема препарата ниже 50 уд/мин) дозу препарата пришлось уменьшить до 12,5 мг/сут. Значимых изменений со стороны циркадного ритма АД не обнаружено.

**Выводы:**

1. Бисопролол в дозе 10 и 15 мг/сут. обеспечивает эффективное снижение АД в течение суток.
2. Наиболее выраженный гипотензивный эффект наблюдался при лечении бисопрололом в дозе 15 мг/сут.
3. CHCАД является важным показателем для оценки как исходного состояния больного, так и результатов лечения.

## **МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ЖИВОТНЫХ КАК СПОСОБ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Матюш И.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей и биоорганической химии*

*Научный руководитель — преподаватель Бубен А.Л.*

В последние десятилетия получило широкое распространение изучение общебиологических основ и закономерностей поведения животных. Этим занимаются

как этологи, которых поведение животных интересует прежде всего как экологический фактор, как фактор приспособления животных к условиям среды в ходе индивидуального развития и в процессе эволюции, так и экспериментальные биологи, так как постоянство, ригидность инстинктивных компонентов поведения необходимы для обеспечения сохранности и неуклонного выполнения наиболее жизненно важных функций, независимо от случайных, преходящих условий среды, в которых может оказаться тот или иной представитель вида.

Поведение и неизменность ряда инстинктов поведения животных в нормальных условиях жизнедеятельности может служить важным диагностическим признаком неизменности основных физиологических характеристик внутренней среды организма, а воздействие на организм животного определённым химическим реагентом, который изменяет некоторые физиологические или биохимические параметры внутренней среды живого организма, вызовет адекватное изменение поведения.

Исходя из специфики влияния различных соединений на поведение животных, а также учитывая изучаемые аспекты поведения, можно предложить ряд методик исследования изменения поведения животных, таких как тест «открытое поле», определение времени сна или определение активности установочного рефлекса, приподнятый крестообразный лабиринт, Т-образный лабиринт, Т-образный лабиринт с формированием аверсивных рефлексов (пассивное избегание), задача пассивного избегания, задача активного избегания, тест принудительного плавания.

Особую актуальность и применимость вышеуказанных методик исследований изменения поведения животных при воздействии различными биологически активными соединениями было показано в такой актуальной и широко исследуемой области исследований, как биохимия алкоголизма.

Несмотря на достаточно большое количество исследований в этой области, подробно описывающих биохимические аспекты обмена этанола и его метаболитов, остаётся достаточно много вопросов. Основной из них - это вопрос активного соединения, вызывающего основные эффекты (эйфорию и наркотизацию) при алкогольной интоксикации. До недавнего времени основными оставались предположения о главенствующей роли этанола по воздействию на живой организм в процессе алкоголизации.

И только относительно недавние исследования, в том числе с применением поведенческих моделей животных, позволили обосновать возможность окисления этанола в мозгу в значимых количествах, а значит, - позволили посчитать и ацетальдегид возможным претендентом на главное действующее вещество в процессе алкоголизации. Это доказывает применимость исследований поведенческих и этологических моделей животных совместно с серьёзными биохимическими исследованиями биологически активных соединений.

Литература:

1. Correa, M., Arizzi M.N., Open field locomotor effects in rats after intraventricular injections of ethanol and the ethanol metabolites acetaldehyde and acetate // Brain Res Bull. - 2003. - 62. - 197-202.
2. Correa M., Sanchis-Segura C. and Aragon C.M. . Brain catalase activity is highly correlated with ethanol-induced locomotor activity in mice // Physiol Behav - 2001. - 73. - 641-647.
3. Correa M., Miquel M., Sanchis-Segura C. and Aragon C.M.. 1999. Acute lead acetate administration potentiates ethanol-induced locomotor activity in mice: the role of brain catalase // Alcohol Clin Exp Res - 1999. - 23. - 799-805.

# ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА Q-T У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Машеро Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Солоненко Ю.Т.*

Имеются сообщения о том, что удлинение Q-T может быть прогностическим критерием внезапной смертности, при этом наиболее частой ее причиной является развитие тяжелых аритмий: фибрилляция желудочков, пароксизмальная желудочковая тахикардия, реже асистолия желудочков.

## **Цель данного исследования:**

1) изучить частоту синдрома удлиненного Q-T у больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от клинических вариантов течения;

2) проанализировать возможную связь смертельных исходов ИМ с синдромом удлиненного Q-T.

Под наблюдением находились две группы больных ИМ общей численностью 60 человек. Первую группу (30 человек) составили больные ИМ, лечившиеся в кардиологическом отделении, возраст больных этой группы колебался от 35 до 61 года, средний возраст 48 лет. В 86,7% ИМ был первым по счету, в 13,4% - повторным. В 86,7% недостаточность кровообращения при поступлении не превышала I стадии, в 13,4% – II А. По тяжести течения ИМ в этой группе не превышал II ФК.

Вторую группу больных (30 человек) составили больные ИМ, умершие в реанимационном отделении. Возраст больных этой группы колебался от 52 до 85 лет, средний возраст – 61 год. У 16 больных (53%) инфаркты были повторные, у 14 (47%) – первые по счету. По тяжести все больные этой группы соответствовали III-IV ФК. В 8% случаев недостаточность кровообращения соответствовала I ст., в 54% - II А – II Б стадии, и в 8% - III стадии. При анализе ЭКГ удлиненный интервал Q-T был выявлен у больных 1 группы в 57,1%, у больных 2 группы – 79,1% ( $P < 0,05$ ) случаев.

Таким образом, удлиненный интервал Q-T достоверно чаще встречался у больных ИМ 2 группы. У них же достоверно чаще отмечены экстрасистолы, синусовая тахикардия. Исключительно у больных этой группы констатированы пароксизмы мерцания предсердий, фибрилляция желудочков, несколько чаще регистрировалась внутрижелудочковая блокада. Внутри группы все эти нарушения ритма достоверно чаще встречались у больных с удлиненным Q-T. Все эти отклонения констатированы в подавляющем числе случаев на фоне выраженных морфологических изменений миокарда, выявленных при аутопсии: мелко- и крупноочагового кардиосклероза, стенозирующего атеросклероза коронарных артерий, гипертрофии миокарда левого желудочка с дилатацией его полости, аневризмы левого желудочка, дистрофических изменений миокарда, хронической сердечной недостаточности.

На основании полученных данных можно заключить, что констатация удлиненного Q-T не всегда и не во всех случаях предзнаменуете фатальных исходов. На примере больных 2 группы можно утверждать, что, чем выше выраженность морфологических изменений миокарда, тем чаще встречается удлиненный Q-T, тем весомее становится его прогностическое значение. Повторные инфаркты в анамнезе, диффузный и очаговый кардиосклероз, хронические аневризмы, блокады ножек пучка Гиса, гипертрофия миокарда и дилатация камер сердца – каждое из этих состояний в



отдельности, а тем более, при их сочетании, создают ту функциональную мозаику и асинхронизм миокарда, дисперсию рефрактерных периодов различных отделов миокарда желудочков, на фоне которых возникают механизмы макро- и микро-геентру с тяжелыми нарушениями ритма и возможными фатальными исходами. Если фоном для всего этого является тяжелый стенозирующий атеросклероз коронарных артерий и уже имеющаяся недостаточность сердца, то становится понятным грозное прогностическое значение удлиненного Q-T.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПАНСЕРНЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ**

***Меленец Е.Н.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Болезни органов пищеварения имеют медико-социальное значение, что, прежде всего, обусловлено их местом в структуре заболеваемости детей. Своевременное выявление, учёт, наблюдение и оздоровление таких детей составляет содержание диспансеризации, которая является практическим воплощением вторичной профилактики данной патологии у детей.

Целью явилось изучить медико-социальную характеристику детей, находившихся на диспансерном наблюдении по поводу гастритов и гастродуоденитов в 2004-2006 годах. Изучены 112 диспансерных карт детей с гастритом и 42 карты – и гастродуоденитом.

Большинство детей родилось с весом от 3 до 4 кг (4/5 доли) и ростом преимущественно больше 51 см (63%). Почти все дети (98%) имели удовлетворительное состояние при рождении, а по шкале Апгар здоровье трёх из пяти оценивалось в 8-9 баллов. Преимущественно их мамы имели первую беременность (59%), а роды у половины произошли в сроке 39 недель. Каждый третий ребёнок, страдающий гастритом, и каждый второй, страдающий гастродуоденитом, выписан из роддома на седьмой день. Четыре из пяти диспансерных детей находились на естественном вскармливании.

Половина детей с гастритом и три пятых с гастродуоденитом взяты на диспансерный учёт в возрасте 10-12 лет. С гастритом наблюдалось больше девочек (52%), а с гастродуоденитом мальчиков (60%). Все диспансерные дети постоянно проживали в городах. 89% детей имели нормальное физическое развитие. Психическое развитие, психомоторная и эмоционально-вегетативная сферы, интеллект у всех респондентов были в норме и соответствовали возрасту. Большинство детей (9/10) занималось в общеобразовательных учреждениях (в основном, в школах). Каждый третий ребёнок с гастритом (28%) имел сопутствующие заболевания (болезни органов дыхания, инфекционные заболевания, болезни крови и кроветворной системы). У детей с гастродуоденитом сопутствующих заболеваний не выявлено. Почти все дети с гастродуоденитом (98%) и три из пяти с гастритом имели третью группу здоровья. Каждый четвёртый ребёнок был отнесён к категории часто и длительно болеющих детей.

Таким образом, полученные результаты необходимо учитывать при организации диспансеризации детей.

# ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА

*Милош Т.С., Максимович Е.Н., Зинчук Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доцент Максимович Н.Е.*

**Актуальность.** Проблема инфекции в акушерстве является актуальной в связи с высоким уровнем инфекционной патологии беременных, осложняющейся многоводием, невынашиванием беременности, преждевременными родами, гипоксией плода, задержкой внутриутробного развития, гипотрофией, неразвивающейся беременностью, отечным, гемолитическим, геморрагическим синдромами, желтухой, гибелью плода [1]. К настоящему времени установлены многие механизмы этих нарушений: токсические эффекты, участие иммунной системы, цитокинового каскада, биологических аминов, простагландинов, активных форм кислорода, оксида азота и др. [2, 3]. Однако изменение кислотно-основного состояния (КОС), как возможного фактора патогенеза перинатальной патологии, к настоящему времени изучено недостаточно.

**Целью** исследований явилось изучение кислотно-основного состояния в организме беременных самок крыс, получавших в период плацентации липополисахарид или эндотоксин грамотрицательных бактерий, обладающих токсическими и иммуногенными свойствами и имеющих значительный вес в инфекционной патологии беременных.

**Материалы и методы.** Исследования выполнены на 26 белых беспородных беременных крысах массой 200-250 г, разделенных на 2 группы (контрольная и опытная). Крысы контрольной группы (n=9) внутримышечно получали 0,25 мл изотонического раствора NaCl на 11-14 сутки беременности (период плацентации). Животным опытной группы (n=17) внутримышечно вводили липополисахарид (ЛПС) E. Coli «Sigma» в дозе 0,4 мг/кг в аналогичный срок беременности. Взятие крови для исследований осуществляли в условиях наркоза (внутримышечно тиопентал натрия, 40-60 мг/кг) из общей сонной артерии с добавлением гепарина (20 ЕД/мл). Определяли следующие показатели кислотно-основного состояния: pH, парциальное давление CO<sub>2</sub> (PCO<sub>2</sub>), концентрацию бикарбоната при реальных условиях [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>] и при стандартных условиях (SBC), сдвиг буферных оснований при реальных условиях (ABE) и стандартных условиях (SBE) на микрогазоанализаторе «Synthesis-15» (Instrumentation Laboratory Company).

**Результаты исследований.** У крыс с введением ЛПС выявлено уменьшение pH на 1,8% (p<0,001), SBC - на 20% (p<0,001), ABE – в 3,8 раз (p<0,001), SBE - в 11 раз (p<0,001), PCO<sub>2</sub> - на 20% (p<0,05), а также отмечена тенденция к снижению [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>] - на 7,8% (p>0,05). Характер изменений КОС свидетельствует о развитии в организме беременных крыс, получавших ЛПС, ацидоза метаболического генеза.

**Вывод.** Выявленные изменения показателей КОС свидетельствуют о развитии ацидоза в организме беременных крыс при воздействии липополисахарида в период беременности как возможного патогенетического фактора перинатальной патологии, обусловленной действием инфекционных агентов.

## **Литература:**

- 1.Макаров О.В. Современные представления о внутриутробной инфекции // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 1. – С. 10–13.
- 2.Салахов И.М. Современные аспекты патогенеза эндотоксического шока //

Успехи современной биологии. – 1998. – Том 118. – С. 32–46.

3.Милош Т.С. Состояние окислительных процессов в организме беременных крыс после введения липополисахарида // Активные формы кислорода, азота и хлора в регуляции клеточных функций в норме и при патологии. Мат. международного симпозиума, г. Гродно, Р Б, – Ч 2., – С. 22-24.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МИДОКАЛМА В ЛЕЧЕНИИ СУСТАВНОЙ ФОРМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА**

**Минец А.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научн. руководитель – ассист. Кулеш Л.Д.*

Медикаментозная терапия суставной формы ревматоидного артрита (РА) в стационаре проводится препаратами быстрого действия – нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) и глюкокортикостероидами. В практическом здравоохранении нашей республики экспертами – ревматологами рекомендуется использование НПВС группы диклофенака. Однако при выраженной противовоспалительной и анальгетической активности эти препараты обладают рядом побочных эффектов, главным образом, со стороны кишечного тракта. В литературе имеются сведения, что добавление в стандартную терапию НПВС миорелаксантов прерывают порочный круг: «боль – мышечный спазм – боль». Включение в лечение миорелаксанта приводит к улучшению подвижности суставов. Для снижения осложнений со стороны ЖКТ мы уменьшили дозу диклофенака со 150 мг/сут до 100 мг/сут и добавили к терапии 150 мг мидокалма в день.

**Цель исследования.** Определить клиническую эффективность средних доз НПВС в сочетании с мидокалмом при суставной форме РА.

**Материалы и методы.** Было обследовано 19 больных (15 женщин, 4 мужчин в возрасте от 35 до 57 лет с суставной формой ревматоидного артрита в стадии обострения I-II ст. активности. Все пациенты ранее получали препарат быстрого действия диклофенак в суточной дозе 150 мг. В нашем исследовании суточная доза диклофенака с целью уменьшения осложнений была снижена до 100 мг/сут, и к лечению был добавлен мидокалм по 50 мг 3 раза в сутки.

**Результаты исследования.** Положительный эффект был достигнут у всех больных: показатели болезненности и двигательной способности улучшились; уменьшилась продолжительность утренней скованности в среднем до 30 минут (до назначения мидокалма она составляла 70 минут), у 9 человек на 2 день приема мидокалма уменьшились утренняя скованность и отечность суставов, значительно увеличился объем движений, у 10 человек клинический эффект был достигнут на 4 сутки лечения. Также следует заметить, что переносимость комплексной терапии диклофенаком и мидокалмом была значительно лучше, неинтенсивные боли в эпигастрии натошак наблюдались у 3 пациентов.

**Выводы.** Добавление к терапии мидокалма приводит к более быстрому регрессированию симптомов РА и значительно снижает риск возникновения побочных эффектов НПВС за счет снижения дозы последних. Можно констатировать функциональный синергизм мидокалма с НПВС.

## **ОТНОШЕНИЕ К КОСМЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ПАЦИЕНТОК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

***Мирук Т.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Кафедра дерматовенерологии*

*Научные руководители – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;*

*к.м.н., доцент Хворик Д.Ф.*

Каждая женщина хочет, чтобы ее кожа была здоровой и красивой. Одни женщины посещают салоны красоты, другие обходятся домашним уходом. И тех, и других объединяет стремление быть привлекательными.

Проведен опрос пациенток Гродненского областного дерматовенерологического диспансера с целью установления их отношения к косметическим средствам и знаний о косметике. Проанкетированы 103 женщины.

Половина женщин (46,6%) относятся положительно к косметическим средствам, но стараются реже использовать. Почти столько же пациенток (44,6%) отметили свое положительное отношение и регулярность использования косметических средств. Лишь небольшое число (8,7%) отрицательно относятся к косметике.

Значительное количество пациенток (43,7%) немного знает о правильном уходе за кожей, но хотели бы научиться. В то же время каждая седьмая (13,6%) считает, что ее кожа и без ухода выглядит хорошо. Больше половины (58,3%) пациенток пользуются средствами ухода за кожей. Но каждая четвертая использует их редко, а каждая седьмая не использует. Самым популярным средством ухода оказался крем для лица (33,2%), затем скраб (14,7%), молочко (13,9%), маски (10,9%), тоник (10,1%), крем для области вокруг глаз (7,9%), демакияж (5,5%).

Половина пациенток (51,5%) начали пользоваться декоративной косметикой в 15-18 лет, причем 7,8% пациенток ею никогда не пользовались. Декоративную косметику применяют каждый день 39,8% опрошенных, как получается – 32%, раз в неделю – 9,7%, только по праздникам – 7,8%. Большинство женщин (55,3%) для снятия макияжа используют воду и мыло.

81% респондентов не собираются обращаться к врачу-косметологу за лечением, консультацией, объясняя это отсутствием потребности (41,7%), тяжелым финансовым положением (22,3%), нехваткой времени (20,4%). Большинство женщин их внешность устраивает (85,4%) и они не хотят обращаться к пластическому хирургу.

Несомненно, полученные результаты следует использовать в медико-гигиеническом обучении пациенток дерматовенерологического диспансера.

## **ОТНОШЕНИЕ К КОСМЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЖЕНЩИН, ПОСЕЩАЮЩИХ ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ**

***Мирук Т.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Мы мечтаем быть красивыми, но красота не должна вредить здоровью. Для определения отношения к косметическим средствам и особенностям ухода за кожей проанкетированы 103 женщины, посещающие центр красоты и здоровья г. Гродно. Три



из четырех женщин имели возраст 22 года и старше. 88% проживали в городе. 41% имели высшее образование. Половина женщин (50,5%) состояли в браке, 43,7% - не замужем и 5,8% - разведены.

Большая половина опрошенных (54,4%) являются обладательницами комбинированного типа кожи, далее по убывающей у 20,4% - жирная и проблемная, 9,7% - сухая, у 7,8% - нормальная кожа. К сожалению, встречались женщины, которые не знают свой тип кожи (7,8%). Две из трех респонденток всегда пользуются косметическими средствами и относятся к ним только положительно. Две из пяти постоянно следят за состоянием своей кожи и знают все о правильном уходе. Лишь единицы не владеют данным искусством, но хотят научиться (1,9%). Самым популярным средством ухода у женщин оказался крем для лица (18,3%), затем скраб (15,9%), маски (15,2%), молочко (14,7%), тоник (13,9%), крем для области вокруг глаз (10,6%) и демакияж (10,3%).

Ежедневно кожу следует очищать от загрязнений и снимать макияж. Основная доля респонденток (44,7%) использует молочко для снятия макияжа. При этом каждая четвертая (26,2%) для этой цели применяет воду и мыло, а каждая пятая (20,4%) – тоник.

Большинство женщин (60,2%) начали использовать декоративную косметику в 15-18 лет, каждая третья (30,4%) – в 19 лет и старше, каждая десятая (9,7%) – в 11-14 лет.

Многие женщины посещали врача-косметолога несколько раз и остались довольны (42,7%), другие посещают регулярно (39,8%), некоторые не собираются этого делать (13,6%), несколько женщин после посещения врача-косметолога остались не довольны (3,9%). При этом большинство женщин не хотят обращаться к услугам пластических хирургов (77,7%).

Таким образом, отметим, что, когда мы пытаемся в очередной раз изменить что-то в себе, вроде бы без крайней на то необходимости, нас на это толкает вечное желание выглядеть как можно привлекательнее.

## **ЗАРОЖДЕНИЕ КОСМЕТИКИ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ**

*Мирук Т.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Слово «косметика» происходит от греческого kosmeo - «космос», что означает порядок, стройность, гармония. Родиной косметики принято считать Древний Египет. Все египтянки стремились походить на Нефертити, чье имя переводилось как «Прекрасная пришла». Этому идеалу женской красоты 3500 лет. До сих пор не только в Египте, но и во всем мире профиль с изображением этой прекрасной женщины считается символом красоты и изящества.

Многие косметические средства обладали не только декоративными, но и лечебными свойствами. Египетская царица Клеопатра написала труд "О лекарствах для лица" и имела для производства парфюмерных изделий целую фабрику. Клеопатра умащала ароматами паруса своей лодки. Когда она плыла по Нилу, люди думали, что плывет богиня.

Духи делались на основе оливкового масла. В него клали лепестки розы, тычинки шафрана, растения, содержащие эфирные масла. Сосуд выстаивался на солнце в течение недели.

Великая Клеопатра для отбеливания и нежности кожи лица использовала мазь,



ингредиентами которой были натуральные продукты. Впоследствии на протяжении многих веков первым атрибутом женственности считался молочно-белый цвет кожи. Уделяли внимание совершенствованию красок и притираний – туалетные столики модниц изобиловали смягчающими мазями, алебастровыми пудреницами и баночками с краской для ногтей. Туалетный ящичек одной из цариц, пролежавший в земле 4000 лет, содержал около ста предметов. В Древнем Египте накоплен и опыт искусства татуировок.

В Древнем Египте стали популярными парики – из шерсти, натуральных волос и даже сушеных водорослей, а свои прекрасные смоляные локоны дамы предпочитали сбривать. Для предотвращения седины использовали жир черных змей, кровь черных быков и яйца сорок, ворон. Египетские женщины носили на голове в причёске так называемые «ароматные шишки», которые искусно вплетались в причёску. Появились также средства для улучшения роста волос.

Знаменитый «лотосовидный» контур глаза и изгиб брови, «что подобен крылу ласточки», специальные прислужницы создавали с помощью иглы из слоновой кости. Вначале «стрелки» у глаз делались не для красоты, а для защиты от насекомых – запах краски отпугивал их. Поэтому глаза и брови подводили не только женщины, но и мужчины. Сначала это делали зеленой краской из углекислой меди, а черную сурьму стали употреблять позже. Заодно черная подводка поглощала слишком яркие солнечные лучи.

Для придания румянца на щеки наносили едкий сок ириса, который, раздражая кожу, придавал ей розовый оттенок. Губы тогда было принято красить красной краской, которая готовилась из определённого вида моллюсков.

Первые депиляторы избавляли модницу от лишних волосков, чтобы любой участок тела был гладким и блестящим, словно жемчужина.

Таким образом в Древнем Египте возникла и развивалась косметика – вечное искусство красоты.

## **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ГОРОДЕ ГРОДНО В 1990-2005 гг.**

***Мисюченко О.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра дерматовенерологии с курсом эндокринологии  
Научный руководитель - врач-дерматовенеролог Лукинская И.И.*

Сифилис - наиболее полно регистрируемая ИППП. Заболеваемость сифилисом в Беларуси носит волнообразный характер. В период предыдущего подъёма с 1966 по 1988 г. волна подъёма - спада случаев сифилиса составила 22 года, в том числе полуволна подъёма заболеваемости сифилисом была 9, а полуволна спада – 13 лет. С 1989 по 1997 гг. заболеваемость возросла в 152 раза и составила 209,7 на 100 тыс. населения. С 1998 г. началась волна спада. В 2005 г. заболеваемость сифилисом была 32,7 на 100 тыс. населения.

**Цель:** изучить эпидемиологическую ситуацию по сифилису в западном пограничном регионе Беларуси г. Гродно в период последней волны подъёма-спада заболеваемости 1990-2005 гг.

**Материалы и методы:** работа проводилась на базе Гродненского областного кожно-венерологического диспансера. Изучены истории болезни, амбулаторные карты больных сифилисом в 1990-2005 гг., журналы централизованной серологической лаборатории.

**Результаты:** В 1990 – 1997 гг. заболеваемость сифилисом возросла с 1 до 186 на

100 тыс. населения или в 265,7 раза. С 1998 г. началось снижение заболеваемости на 24,5 % в год, и она составила в 2005 г. 17,9 на 100 тыс. населения, что почти в 2 раза ниже таковой в РБ, но в 30 раз выше заболеваемости сифилисом в соседнем Белостокском воеводстве. В возрастной группе 20 – 29 лет заболевших мужчин и женщин на волне подъёма было 53,1% и 52,1%, соответственно, на волне спада – снижение заболеваемости 13,1% и 10%. В период 1990 – 1997 гг. самостоятельно обратились 13,5%. В период 1998 – 2005 гг. 8,4%, соответственно. Активно – профилактическим путём выявлено 86,5% и 91,6%, что свидетельствует о расширении перечня показаний к серологическому обследованию на сифилис. В 1998-2005 гг. регистрация первичного сифилиса снизилась до 14%, а доля больных вторичным и ранним скрытым сифилисом к 2005 г. увеличилась до 77,2%. В последние 3 года стали регистрироваться поздние формы сифилиса, удельный вес которых возрос до 0,8%.

#### **Выводы:**

1. Эпидемиологическая ситуация по сифилису в данный период остаётся неблагоприятной, т.к. заболеваемость в 30 раз превышает таковую в соседнем регионе Польши.

2. В анализируемый период преобладают больные в возрастной группе 20 – 29 лет, заболеваемость молодых женщин до 19 лет более чем в 3 раза выше таковой у мужчин того же возраста, что является неблагоприятным фактором для сохранения репродуктивного здоровья нации.

3. В структуре ранних форм сифилиса отмечается тенденция снижения первичного сифилиса за счёт роста заболеваемости другими формами.

## **АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ МОЗГА: ТИПОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

*Михалевич В.В., Курбат М.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

Алкогольная болезнь мозга (АБМ) – совокупность психических и неврологических нарушений, возникающих вследствие злоупотребления алкоголем и включающих различные типы металкогольных психозов, алкогольные энцефалопатии и алкогольное слабоумие. Медико-социальная значимость проблемы металкогольных психозов определяется их выраженным сомато-неврологическим отягощением и относительно высоким показателем летальности.

Патогенетические механизмы: алиментарный дефицит ряда веществ, необходимых для нормального функционирования нервной ткани, снижение содержания ГАМК в ЦНС и периферических нервных стволах, эксайтотоксическое действие глутамата, изменение активности ацетилхолина и моноаминов, прямое токсическое действие этанола на нервную ткань, поражение печени и снижение её функций, повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера.

Метаболическая основа алкогольной энцефалопатии формируется в период не алкогольной интоксикации, а острой отмены алкоголя. Отсутствие лечения абстинентных состояний или неадекватная терапия приводят к развитию таких осложнений синдрома отмены, как судорожные припадки и алкогольный делирий, а в более тяжёлых случаях – к энцефалопатии Вернике или корсаковскому психозу. Основную роль в нарушении нейрохимических процессов у лиц, злоупотребляющих алкоголем, играет дефицит тиамина, который приводит к нарушению функционирования тиаминзависимых ферментов, участвующих в обмене углеводов, метаболизме этанола и синтеза ГАМК. Глутамат относится к эндогенным лигандам NMDA-рецепторов и находится в антагонистических отношениях с ГАМК. Синергическое влияние таких факторов, как снижение содержания ГАМК и повышение

активности глутамата, приводит к усугублению центральных металкольных процессов.

Выделяют две клинические формы АБМ: типичные и атипичные. Типичные формы АБМ включают синдром отмены алкоголя, пароксизмальные расстройства, классические варианты белой горячки, энцефалопатию Вернике и корсаковский психоз. Атипичные формы представлены алкогольными психозами эндоформного типа, в том числе психотическими состояниями шизорфного и параноидного спектров: онейроидным делирием и другими атипичными вариантами белой горячки, острыми и хроническими алкогольными галлюцинозами, алкогольным бредом преследования, алкогольным бредом ревности.

Рациональная терапия металкольных расстройств включает 2 основных направления: 1) нейрометаболическая коррекция с восполнением дефицита тиамина и других веществ, необходимых для нормального функционирования нервной ткани; 2) влияние на психопатологическую симптоматику путём использования препаратов ГАМКергического действия и антагонистов NMDA-рецепторов.

Литература:

1. Беспалов А. Ю., Звартау Э. Э. Нейрофармакология антагонистов NMDA-рецепторов. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 296 с.

2. Сиволап, Ю.П. Алкогольная болезнь мозга: типология, патогенез, подходы к лечению / Ю.П. Сиволап // Наркология. – 2006. - №1. – С. 69-72.

## **ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА РЯД ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА**

***Могилевец Э.В., Матусевич О.В., Дубровская Е.В., Ранжева О.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Гарелик П.В.*

Известно, что у больных желчнокаменной болезнью в зависимости от длительности заболевания имеются существенные нарушения в системе иммунитета, особенно Т-клеточного его звена, что подтверждается данными ряда авторов. Эти изменения усугубляются операционной травмой. В литературе нет единого мнения о влиянии лапароскопических методов на функционирование различных звеньев иммунитета.

**Цель исследования.** Изучить влияние лапароскопической холецистэктомии на экспрессию антигенов кластеров дифференцировки (CD) на лимфоцитах периферической венозной крови у пациентов с хроническим калькулезным холециститом.

**Материал и методы.** У 31 пациента с хроническим калькулезным холециститом при поступлении в стационар, на первые и пятые сутки после операции изучали популяции и субпопуляции лимфоцитов в крови с помощью моноклональных антител против кластеров дифференцировки CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD25, CD95. Контрольные показатели определяли у 12 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Результаты обработаны с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

**Результаты и обсуждение.** В дооперационном периоде у пациентов с хроническим калькулезным холециститом отмечалось меньшее как процентное, так и абсолютное содержание CD3<sup>+</sup>-лимфоцитов и повышенное – CD95<sup>+</sup>-лимфоцитов в сравнении с контролем. Это согласовывается с литературными данными о негативном влиянии хронического воспалительного процесса на функционирование клеточного

иммунитета. Нарушения прогрессировали после операции. Так, на первые сутки послеоперационного периода снижалось, в сравнении с дооперационными показателями, процентное содержание  $CD3^+$  и  $CD4^+$  лимфоцитов, оставаясь сниженным к пятым суткам. Как на первые, так и на пятые сутки после операции по сравнению со здоровыми людьми был статистически значимо снижен иммунорегуляторный индекс ( $CD4/CD8$ ), а также отмечалось повышенное процентное содержание и абсолютное количество  $CD95^+$ -лимфоцитов.

Таким образом, несмотря на миниинвазивность и малотравматичность, лапароскопическая холецистэктомия оказывает негативное влияние на функционирование Т-клеточного звена иммунитета, при этом активируются процессы апоптоза в популяциях иммунокомпетентных клеток. Имеющиеся изменения усиливаются, вероятно, в связи с выраженной активацией стресс-реализующих систем, обусловленной болезнью, госпитализацией в стационар, ожиданием операции, обезболиванием, операционной стресс-реакцией, создаваемым карбоксиперитонеумом.

## **ВЛИЯНИЕ БЕТАКСОЛОЛА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ**

***Морголь А.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – ассист. Жигальцов А.М.*

Почки и артериальная гипертензия (АГ) взаимосвязаны в виде порочного круга, в котором почки являются одновременно причиной развития АГ и органом-мишенью ее воздействия. Строгий контроль артериального давления (АД) позволяет не только снизить скорость нарушения функции почек, но и уменьшить риск развития сердечно-сосудистых осложнений, которые встречаются у больных почечной недостаточностью значительно чаще, чем в общей популяции.

**Цель исследования:** изучить влияние  $\beta$ -адреноблокатора бетаксолола (локрен, фирма «Sanofi-Sintelabo», Франция) на показатели суточного профиля артериального давления (АД) у больных хроническим нефритом по данным суточного мониторирования АД (СМАД).

**Материалы и методы:** обследовано 18 больных (10 женщин и 8 мужчин) почечной артериальной гипертензией (ПАГ). Средний возраст больных составил  $41,4 \pm 7,6$  лет, средняя длительность ПАГ  $6,8 \pm 4,3$  лет. У 9 больных регистрировалась хроническая почечная недостаточность. Всем больным было проведено СМАД на комплексе «Кардиотехника – 4000АД», «ИНКАРТ», Санкт-Петербург: исходное – на фоне отмены антигипертензивной терапии и контрольное – после двухнедельного курса терапии бетаксололом (по 10 мг 1 раз в сутки утром). Изучены средние показатели АД суточного, дневного и ночного, пульсового АД суточного, дневного и ночного, степень ночного снижения (СНС) систолического и диастолического АД (САД и ДАД) исходно и после терапии. Суточный профиль АД оценивали по СНС АД с использованием традиционных критериев определения двухфазного ритма.

**Результаты исследования.** Динамика АД по результатам СМАД приведена в таблице:

| <i>Показатели</i>     | <i>АД до лечения<br/>(мм рт.ст.)</i> | <i>АД после лечения<br/>(мм рт.ст.)</i> |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| Суточное САД          | 147,5±9,6                            | 129,2±9,2*                              |
| Суточное ДАД          | 96,7±5,4                             | 84,8±2,9*                               |
| Дневное САД           | 158,1±11,3                           | 133,2±10,6*                             |
| Дневное ДАД           | 99,6±4,3                             | 86,7±6,3*                               |
| Ночное САД            | 143,4±11,0                           | 122,5±10,7*                             |
| Ночное ДАД            | 91,7±8,7                             | 75,6±7,3*                               |
| Пульсовое АД суточное | 51,3±6,2                             | 44,0±7,5*                               |
| Пульсовое АД дневное  | 60,5±4,7                             | 46,4±4,8*                               |
| Пульсовое АД ночное   | 51,7±8,2                             | 46,9±5,7*                               |

Примечание: \* - достоверность различия показателей ( $P < 0,01$ ).

По результатам предварительного СМАД среди обследованных больных выявлены следующие группы: «Dipper» - 3 больных (16,7%), «Non dipper» - 10 больных (55,5%), «Night peaker» - 5 больных (27,8%). После лечения распределение больных в группах по СНС АД: «Dipper» - 12 больных (66,6%), «Non dipper» - 4 больных (22,2%), «Night peaker» - 1 больной (5,6%), «Over dipper» - 1 больной (5,6%).

#### **Выводы:**

1. У больных хроническим нефритом по данным суточного мониторингирования АД выявлены высокие средние значения систолического, диастолического и пульсового АД в течение суток.
2. У абсолютного большинства (83,3%) выявлен нарушенный суточный профиль АД.
3. Бетаксолол эффективно снижает пульсовое, среднесуточное, дневное и ночное систолическое и диастолическое АД, в большинстве случаев оказывает положительное влияние на степень ночного снижения АД.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

**Мукосей Е. И., Яковчик Н. Г.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.*

В современном мире общепринятым является то, что психогенные факторы способствуют соматическим нарушениям во время беременности и любую угрозу ее прерывания следует рассматривать как совокупность физических и психических процессов. Дополнительный стресс, внутренние переживания или сдержанная агрессия могут являться пусковым механизмом для изгнания плода. При соответствующей психокоррекционной работе психоэмоциональные состояния могут быть сбалансированы, а личностные конфликты разрешены, что приводит к снижению психоэмоционального напряжения.

**Цель работы:** изучение психоэмоционального статуса беременных женщин с угрозой преждевременных родов.

**Материалы и методы:** нами проведен анализ психоэмоционального статуса женщин с угрозой прерывания беременности. I группа - 85 женщин от 18 до 40 лет в сроках гестации от 8 до 38 недель, находящихся на лечении в ГОКРД, и рандомизированная группа сравнения - n=30, находящихся на учете в ж/к № 5 с



нормально протекающей беременностью. При анкетировании использованы тест Зунга для определения уровня депрессии и опросник Спилберга-Ханина для оценки ситуативной и личностной тревожности.

**Результаты:** распределение женщин по возрасту: 43 человека (50,6%) - 19-24 лет, 21 (24,7%) - 25-29 лет, 12 (14,1%) - 30-35 лет, 5 (5,9%) старше 35 лет, 4 (4,7%) - до 18 лет. По шкале депрессии Зунга в группе сравнения легкая депрессия выявлена у 4 человек (15,4%), ее отсутствие - у 26 (84,6%); в I группе - легкая депрессия - у 28 человек (32,9%), умеренная депрессия - 5 (5,9%), выраженная - у 1 (1,2%). По опроснику Спилберга-Ханина в группе сравнения высокий уровень реактивной тревожности у 4 человек (13,3%), средний - у 21 (70%), низкий - у 5 (16,7%), а в I - высокий уровень тревожности у 35 человек (41,2%), средний - у 41 (48,2%), низкий - у 9 (10,6%). Личностная тревожность: в группе сравнения высокий ее уровень у 7 человек (23,3%), средний - у 21 (70%), низкий - у 2 (6,7%), а в I группе высокий уровень - у 34 (40%), средний - у 49 (57,6%), низкий - у 2 женщин (2,4%). Из генитальной патологии чаще всего сопутствовали: ОАА - у 15 человек (17,6%), ИЦН - у 12 (14,1%), ФПН - у 11 (13%), многоводие - у 5 (5,9%), патология прикрепления плаценты - у 10 (11,8%), эрозия шейки матки - у 7 женщин (8,2%); из экстрагенитальной - патология почек у 19 женщин (22,3%), ССС у 15 (17,6%), глаз у 12 (14,1%).

#### **Выводы:**

1. Нарушения эмоциональной сферы встречаются у большинства пациенток с угрозой прерывания беременности и носят более выраженный характер, чем у женщин с нормально протекающей беременностью.

2. У пациенток с угрозой прерывания беременности достоверно выявлен высокий уровень ситуативной тревожности 41,2% (в группе сравнения - 13,3%) -  $P < 0,05$ , а средний - достоверно снижается: 48,2% против 70% -  $P < 0,05$ .

3. Высокий уровень личностной тревожности также достоверно выше  $P < 0,05$  и составляет 40% у женщин с угрозой и 23,3% - в группе сравнения.

4. При оценке психоэмоционального статуса по шкале Зунга в группе сравнения была выявлена только легкая депрессия - в 15,4%, а в исследуемой - 32,9% (в 2 раза чаще) -  $P < 0,05$ . Кроме того, в исследуемой группе наблюдались умеренная депрессия - 5,9% и выраженная - 1,2%.

5. Учитывая выраженную тревожность и значительное преобладание легкой депрессии в исследуемой группе, угроза прерывания беременности требует не только медикаментозной коррекции, но и оказания психотерапевтической помощи.

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

***Мукосей Е. И., Яковчик Н. Г.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.*

Беременность является периодом серьезных изменений в жизни женщины. Реальной основой возникновения и развития угрозы ее прерывания являются сопутствующая генитальная, экстрагенитальная патология и нарушение эмоционального состояния.

**Цель работы:** выявление факторов угрозы прерывания беременности в разные сроки.

**Материалы и методы исследования:** под наблюдением находились 85 женщин с угрозой прерывания беременности в возрасте от 18 до 40 лет, сроками гестации от 22

до 37 недель (преждевременные роды), находящиеся на лечении в ГОКРД и БСМП, и 30 пациенток с нормально протекающей беременностью, находящиеся на учете в ЖК№5.

**Результаты:** первая беременность наблюдалась у 48 женщин (56,5%) с угрозой прерывания беременности; вторая - у 16 (18,8%), из них предстоят 1-е роды у 10 пациенток (62,5%), 2-е – у 6 (37,5%); третья беременность – у 16 женщин (18,8%), из них предстоят 1-е роды - у 3 (18,8%), 2-е – у 10 (62,4%), 3-и – у 3 (18,8%). Четвертая беременность – у 3 женщин (3,5%), из них предстоят 2-е роды – у 2 (66,7%), 3-и у 1 (33,3%); и шестая беременность – у 2 (2,4%), одной женщине предстоят 2-е роды, а второй – 3-и.

Основному диагнозу чаще всего сопутствовали среди генитальной патологии: ОАА – у 15 беременных (17,6%); ИЦН – у 12 (14,1%), корригированная пессарием у 7 женщин (58,3%), хирургическим путем у 5 (41,7%); ФПН – у 11 (13%); патология прикрепления плаценты – у 10 (11,8%), эрозия шейки матки - в 7 случаях (8,2%); анемия беременных – в 7 (8,2%); многоводие - у 5 человек (5,9%). Из экстрагенитальной патологии наблюдались заболевания почек у 19 женщин (22,3%), ССС – у 15 (17,6%), заболевания глаз – у 12 (14,1%); щитовидной железы – у 8 (9,4%); ЖКТ – у 6 (7,1%); аллергия у 6 женщин (7,1%) и единичные случаи других заболеваний.

По шкале депрессии Зунга в группе сравнения легкая депрессия выявлена у 4 человек (15,4%), ее отсутствие - у 26 (84,6%); в исследуемой группе легкая депрессия – у 28 человек (32,9%)- $p < 0,05$ , умеренная депрессия – 5 (5,9%), выраженная – у 1 (1,2%). По опроснику Спилберга-Ханина в группе сравнения высокий уровень реактивной тревожности у 4 человек (13,3%), средний – у 21 (70%), низкий – у 5 (16,7%), а в исследуемой - высокий уровень тревожности у 35 человек (41,2%)- $p < 0,05$ , средний – у 41 (48,2%)- $p < 0,05$ , низкий – у 9 (10,6%). Личностная тревожность: в группе сравнения высокий ее уровень у 7 человек (23,3%), средний – у 21 (70%), низкий – у 2 (6,7%), а в исследуемой группе высокий уровень – у 34 (40%)- $p < 0,05$ , средний – у 49 (57,6%), низкий – у 2 женщин (2,4%).

Распределение женщин по группам крови: 0(I) - 36 человек (42,4%), A(II) - 30 (35,3%), B(III) – 14 (16,5%), AB(IV) – 5 (5,8%).

Среди обследованных: городских жительниц 75 (91,5%), сельских – 10 (8,5%).

Средняя длительность пребывания в стационаре – 15 дней.

#### **Выводы:**

1. Угроза прерывания беременности наиболее часто наблюдается у первобеременных женщин (56,5% в исследуемой группе), а также у повторнобеременных, но с предстоящими первыми родами.

2. ИЦН является наиболее встречающейся аномалией акушерского характера у женщин с угрозой прерывания беременности (14,1%) и отсутствует в группе сравнения.

3. Экстрагенитальная патология по частоте встречаемости в исследуемой группе и группе сравнения достоверно не отличалась. У беременных исследуемой группы наиболее часто диагностированы заболевания почек (22,3%), сердечно-сосудистой системы (17,6%) и щитовидной железы (9,4%).

4. Нарушения эмоциональной сферы встречаются у большинства пациенток с угрозой прерывания беременности и носят более выраженный характер, чем у женщин с нормально протекающей беременностью.

5. Среди женщин с угрозой прерывания беременности преобладали с O(I) - 42,4% и A(II) - 35,3% группой крови.

# ЛОКТЕВАЯ АРТЕРИЯ И ЕЁ ВЕТВИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

*Мурадян А.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

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

Изменчивость артерий верхних конечностей с учётом гено- и фенотипа позволяет взглянуть на вопросы вариабельности с позиций каузально-следственного подхода, что, в свою очередь, даёт возможность выявить предельные границы анатомической изменчивости в норме и при нарушениях генотипа.

Практическая значимость подобных исследований расширяет границы наших знаний о закономерностях индивидуальной и возрастной вариабельности артерий верхних конечностей.

Цель исследования – изучить анатомическую изменчивость локтевой артерии и ее основные ветви у плодов и новорожденных с недифференцированными множественными врожденными пороками развития (НМВПР) в сравнении с контрольной группой – новорожденных, умерших от асфиксии или родовой травмы без видимых пороков развития.

Исследована локтевая артерия и её варианты отхождения основных ветвей на 40 препаратах верхних конечностей (правых и левых), 20 трупов плодов и новорожденных обоего пола в 2 группах исследуемых: группа с НМВПР (20 препаратов) и группа, с которой сравнивались полученные результаты – новорожденные, умершие от асфиксии или родовой травмы без видимых пороков развития (20 препаратов).

Методы исследования – макромикропрепарирование, морфометрия, статистический.

Локтевая артерия является конечной ветвью плечевой артерии при НМВПР справа на 9 препаратах (90%), слева на 7 препаратах (70%) ( $P < 0,05$ ). На 1 препарате (10%) справа и на 2 препаратах слева (20%) она является конечной ветвью глубокого ствола плечевой артерии и на 1 препарате слева (10%) – поверхностного ствола плечевой артерии ( $P < 0,01$ ). В контрольной группе на всех препаратах, с обеих сторон, локтевая артерия является конечной ветвью плечевой артерии.

Наружный диаметр локтевой артерии и ее основных ветвей представлен в таблице.

**Наружный диаметр ( $X \pm S_x$ ) локтевой артерии и ее ветвей (в см)**

| Ветви локтевой артерии              | Контроль ( $n = 10$ ) |                  | НМВПР ( $n = 10$ )    |                      |
|-------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
|                                     | Справа                | Слева            | Справа                | Слева                |
| 1. Локтевая артерия (вначале)       | $0,17 \pm 0,03$       | $0,17 \pm 0,04$  | $0,16 \pm 0,04$       | $0,16 \pm 0,03$      |
| 2. Возвратная локтевая артерия      | $0,10 \pm 0,03$       | $0,09 \pm 0,01$  | $0,7 \pm 0,01^{***}$  | $0,7 \pm 0,01^{***}$ |
| 3. Общая межкостная артерия         | $0,13 \pm 0,02$       | $0,13 \pm 0,03$  | $0,13 \pm 0,04$       | $0,12 \pm 0,03$      |
| 4. Артерия, питающая срединный нерв | $0,06 \pm 0,01$       | $0,06 \pm 0,01$  | $0,6 \pm 0,01^{***}$  | $0,7 \pm 0,01^{***}$ |
| 5. Ладонная запястная ветвь         | $0,05 \pm 0,001$      | $0,05 \pm 0,001$ | $0,03 \pm 0,001^{**}$ | $0,05 \pm 0,001$     |

Примечание – достоверное отличие с контролем: \*\*\* ( $P < 0,001$ ); \*\* ( $P < 0,01$ )

Особенности в отхождении ветвей локтевой артерии касаются передней и задней межкостных артерий и артерии, питающей срединный нерв. Передняя межкостная артерия, равно как и задняя, отходят от локтевой артерии на 3 препаратах (15%) ( $P < 0,05$ ), на 1 препарате (5%) они отходят от артерии, питающей срединный нерв (контроль – от общей межкостной артерии в 100% случаев). Артерия, питающая срединный нерв на 8 препаратах (80%) справа и на 7 препаратах (70%) слева отходит от локтевой артерии (контроль – 30% справа и 40% слева) ( $P < 0,05$ ); на 1 препарате (10%) справа и на 1 слева (10%) она отходит от общей межкостной артерии (контроль – 80% с обеих сторон) ( $P < 0,01$ ).

Таким образом, в результате исследования впервые получены новые данные по анатомической изменчивости локтевой артерии и ее ветвей при НМВПР, показана значимость знания генетической составляющей при оценке границ анатомической изменчивости артерий верхней конечности при врожденных пороках развития.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ г. ГРОДНО**

**Муха С. М.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №1*

*Научный руководитель - Ляликов С. А.*

Знание истинной распространенности тех или иных заболеваний позволяет правильно рассчитывать потребность в специалистах, медикаментах, диагностическом оборудовании, планировать эффективные лечебно-профилактические мероприятия. По этой причине существуют десятки программ, занимающихся мониторингом состояния здоровья в различных популяциях. Одна из таких программ, называемая ISAAC, занимается изучением заболеваемости аллергической патологией в детском возрасте. По данным ISAAC, в странах, соседствующих с Беларусью, заболеваемость бронхиальной астмой, аллергическим ринитом и атопическим дерматитом, составляет:

- для литовских детей в возрасте 6-7 лет 4,6%, 3,2%, 2,3%, 13-14 лет – 8,2%, 5,6%, 1,7% соответственно;
- для польских детей 6-7 лет – 10,9%, 7,2%, 6,3%, 13-14 лет – 7,8%, 8,8%, 5% соответственно;
- для украинцев 6-7 лет – 12,2%, 9,7%, 6,2%, 13-14 лет 12,9%, 11,2%, 5,3% соответственно;
- для российских детей 6-7 лет – 11,1%, 5,6%, 9,4%, 13-14 лет – 9,9%, 7,8%, 4,9% соответственно.

В республике Беларусь исследования по программе ISAAC не проводились. Судя по данным официальной статистики, заболеваемость аллергической патологией у детей не превышает 1%. Целью нашего исследования было установить распространенность аллергических заболеваний у детей с помощью стандартных методик, используемых в программе ISAAC.

Всего было обследовано 720 детей, жителей г. Гродно, учащихся отобранных случайным образом школ. Из них 344 ребенка были в возрасте 6-7 лет (мальчиков – 44%, девочек – 56%), и 376 – в возрасте 13-14 лет (мальчиков – 48%, девочек – 52%). Обследование проводилось путем анкетирования с использованием стандартного опросника, рекомендованного программой ISAAC.

В результате проведенного исследования установлено, что жалобы на периодически появляющееся затрудненное свистящее дыхание и/или появление хрипов в грудной клетке предъявляют 17,68% детей в возрасте 6-7 лет и 15,34% 13-14-летних подростков. Появление зудящей сыпи, периодически возникающей и исчезающей



отмечали у себя 17,68% детей 6-7 лет и 12,96% – 13-14 летних. Следует отметить, что на вопрос «диагностировали ли у тебя когда-либо atopический дерматит (экзема, нейродермит)», положительно ответили только 4,34% респондентов в возрасте 6-7 лет и 1,06% – в возрасте 13-14 лет. Периодическое возникновение таких симптомов, как чихание, слезотечение или заложенность носа на фоне полного здоровья отмечали 18,31% детей 6-7 лет и 44,18% подростков 13-14 лет. На вопрос, «возникала ли у тебя когда-нибудь заложенность носа и появлялось ли слезотечение, когда ты не был простужен?», да ответили 21,45% детей 6-7 лет и 41% 13-14-летних.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что в г. Гродно доля детей, имеющих симптомы таких аллергических заболеваний, как бронхиальная астма, аллергический ринит, atopический дерматит, не меньше, чем в соседних государствах и намного превышает данные официальной статистики. Вероятно, организаторам здравоохранения следует уделить больше внимания вопросам оказания аллергологической помощи населению г. Гродно.

## **ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Нагорный А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

Несмотря на длительную историю хронических заболеваний вен нижних конечностей, проблема диагностики и лечения данной патологии продолжает оставаться актуальной в современной медицине в связи не только с ростом числа заболевших [4], но и тенденции к возникновению поражений венозной системы у лиц молодого возраста [1]. Высокая распространенность данного заболевания, быстрое омоложение требуют своевременной диагностики и адекватного лечения варикоза [3].

Целью исследования явилось изучение распространенности заболевания вен нижних конечностей в зависимости от пола и возраста пациента; выявление закономерности возникновения поражений на одной из конечностей (правой или левой), анализ хирургических приемов, применяемых в зависимости от стадии патологического процесса, а также изучение длительности течения послеоперационного периода.

На протяжении последних двух лет на клинических базах кафедры оперировано 407 больных с хронической патологией вен нижних конечностей. Среди поступивших пациентов была 301 женщина, что составляет 64%, и только 146 мужчин, что составляет 36%. Также было установлено, что средний возраст пациентов, в котором возникла варикозная болезнь, составляет у женщин -  $43,4 \pm 1,16$  года, а у мужчин -  $50,7 \pm 0,85$  лет.

В большинстве случаев была неосложненная варикозная болезнь (СЕАР II- III) - 305 человек (74,8%) [2]. Им выполнялись кроссэктомия, стриппинг магистральных подкожных вен и иссечение участков варикоза из отдельных хирургических разрезов. Еще у 77 пациентов (18,9%) с локальным расширением вен и варикозом без выраженных патологических рефлюксов (II стадии по СЕАР) были осуществлены инъекционно-склеротические процедуры. 22 (5,5%) пациентам с IV-V клинической стадией по СЕАР проведена операция Линтона. Стадией IV считалось наличие кожных изменений, обусловленных заболеванием вен (пигментация, венозная экзема, липодерматосклероз), стадией V - наличие кожных изменений и зажившей язвы. При наличии кожных изменений и активной язвы (VI стадией по СЕАР) было



прооперировано 3 пациентов (0,8%). Двоим из них операция Линтона дополнялась одновременной аутодермопластикой.

Пациентов, оперированных по поводу венозной патологии правой конечности, оказалось 212 (52,1%), левой конечности - 146 (35,9%), обеих конечностей- 49 (12%). Причем, у мужчин соотношение было таково: на правой конечности – 65 (44,5%), на левой конечности- 48 (32,9%), на обеих конечностях-33 (22,6%). У женщин: на правой конечности- 169 (56,1%), на левой конечности – 112 (37,2%), на обеих конечностях-20(6,7%).

Анализ длительности послеоперационного периода показал, что 47,2% пациентов выписываются на 8-10 сутки после хирургического лечения. У 3 больных, перенесших операции Линтона, наблюдались нагноение и некрозы послеоперационных ран голени. Осложненные послеоперационные раны у этих пациентов заживали вторичным натяжением, что сопровождалось удлинением стационарного периода лечения.

Таким образом, женская часть населения больше подвергается хирургическому лечению венозной патологии, практически в 2 раза чаще, чем мужская. Женщины, страдающие варикозной болезнью, лечатся оперативно значительно раньше, чем мужчины. Средний возраст на момент операции у женщин- $43,2 \pm 1,16$  года, а у мужчин- $50,7 \pm 0,85$  лет. 74,8% больных оперируются на стадии неосложненной варикозной болезни (СЕАР II-III), 18,84% подвергаются инъекционно-склеротическим процедурам и только 6,3% пациентам с СЕАР IV-VI проводится операция Линтона. 47,2% пациентов выписываются на 8-10 сутки после хирургического лечения.

#### **Литература:**

1. Гришин И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей. //-Минск. Выш. шк, 2005.
2. Савельев В.С. Флебология: Руководство для врачей. //- М.: Медицина, 2001.- 664с.
3. Сушков С.А., Небылицын Ю.С. Возможности улучшения оказания помощи больным с заболеваниями вен нижних конечностей //-Новости хирургии. – 2007 - Т15 - №1 – с.32-37.
4. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность //- М. "Берг", 1999. – 128 с.

## **АНАТОМИЯ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ НИЖНЕГО ТАРАННОГО СУСТАВА**

***Нарчук Е.Ф.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.*

Сведений об анатомическом строении суставов предплюсны в литературных источниках очень мало. Они существуют либо на уровне классических учебников и пособий по анатомии человека, либо приведены в единичных научных публикациях, при этом содержащиеся в них данные зачастую не удовлетворяют запросы специалиста, занимающегося указанной проблемой. В анатомическом плане суставы предплюсны, которые образованы пяточной, таранной, ладьевидной, кубовидной и тремя клиновидными костями (медиальной, промежуточной, латеральной), включают: подтаранный, таранно-пяточно-ладьевидный, пяточно-кубовидный, клиноладьевидный суставы. В клинко-анатомическом аспекте основные суставы предплюсны (между таранной, пяточной и ладьевидной костями) объединены в нижний таранный сустав (верхним таранным суставом именуется голеностопный сустав). При этом в указанном

суставе выделяют заднюю часть или задненижний таранный сустав (таранно-пяточный или подтаранный сустав) и переднюю часть или передненижний таранный сустав (собственно таранно-пяточно-ладьевидный сустав). Границей между описанными частями является межкостная таранно-пяточная связка. Эта мощная связка соединяет таранную кость с пяточной и располагается в синусе предплюсны.

Подтаранный сустав сформирован за счет задних суставных поверхностей таранной и пяточной костей. Таранно-пяточно-ладьевидный сустав образован передней и средней суставными поверхностями таранной и пяточной костей, а также суставной поверхностью головки таранной кости и задней суставной поверхностью ладьевидной кости. В последнем суставе можно выделить два отдела: первый – таранно-пяточный (между суставными поверхностями таранной и пяточной костей), второй – таранно-ладьевидный (между суставными поверхностями головки таранной кости и ладьевидной костью).

**Цель нашей работы:** изучить анатомическое строение суставных поверхностей первого отдела передненижнего таранного сустава.

В литературе по этому поводу мы столкнулись с рядом разночтений. Так, Forriol Campos F. и Gomez Pellico L. (1989), изучив таранные суставные поверхности пяточной кости человека, выделили три их типа. Тип А (раздельные передняя и средняя таранные суставные поверхности) встречался в 53 %, тип В (общая передняя и средняя таранные суставные поверхности) – в 47 %, тип С (единая суставная поверхность – слияние передней, средней и задней) – не обнаружен ни разу. Напротив, Padmanabhan R. (1986) нашел в 65 % слияние передней и средней суставных поверхностей, а наличие трех отчетливо раздельных таранных суставных поверхностей пяточной кости (передней, средней и задней) им выявлено лишь в 35 % случаев. Наши собственные данные, полученные в результате анатомического исследования суставных поверхностей 23 правых и левых пяточных костей, показали: в 65,2 % мы наблюдали раздельные переднюю и среднюю суставные поверхности и в 34,8 % их объединение.

**Вывод:** полученные нами результаты позволяют заключить, что строение указанных суставных поверхностей изучаемого сочленения весьма вариабельно, что не может не накладывать отпечаток на его биомеханику.

Литература:

1. Forriol Campos F., Gomez Pellico L. Talar articular facets (facies articulares talaris) in human calcanei // Acta anat. – 1989. – Vol. 134, N 2. – P. 124-129.
2. Padmanabhan R. The talar facets of the calcaneus – an anatomical note // Anat. Anz. – 1986. – Vol. 161, N 5. – P. 389-392.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯВЛЕНИЯ АКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В МЕДИЦИНЕ И БИОФИЗИКЕ

**Невдах О.М., Невдашенко А.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – магистр естественных наук, преподаватель*

*Копыцкий А.В.*

Одним из наиболее популярных и бурно развивающихся методов диагностики физических процессов, связанных с воздействием на тела, является метод акустической эмиссии. Данный метод находит свое применение при лазерной и механической обработке металлов и диэлектриков, при диагностике параметров роста фаз в объеме, в горном деле, и даже в испытаниях ядерного оружия. В силу того, что данный метод наблюдения и контроля физических процессов является неразрушающим, его

применение в медицине выглядит перспективно.

Суть явления акустической эмиссии заключается в том, что область твердого тела при внешнем воздействии (например, при лазерном разрушении поверхности или в объеме) на нее начинает испускать акустические волны в упругую среду вещества. Исследования показывают, что между параметрами зоны воздействия (например, размерами кратера, образовавшегося в результате лазерного разрушения), параметрами вещества (скоростями распространения звука, плотностью) и параметрами акустических волн существует однозначная связь [1]. Таким образом, по параметрам акустических эмиссионных волн, можно определять параметры зоны внешнего воздействия (например, радиус кривизны кратера, образовавшегося в процессе лазерного разрушения). Для математического описания процесса акустической эмиссии используется модель нагруженной области, излучающей акустические волны в упругую среду. В качестве граничных условий используется закон Гука. Вектор смещения в упругой волне может быть разложен на продольную и поперечную составляющие:  $\vec{U} = \vec{U}_l + \vec{U}_t$ , каждую из которых можно определить из соответствующих волновых уравнений.

Определяя значения компонент вектора смещения, можно определить значения тензора упругих деформаций в любой точке среды и в любой момент времени. При сравнении полученных результатов с данными эксперимента определяются параметры зоны воздействия (ее температура, скорости звука, плотность), при которых получено наилучшее согласование с экспериментом. Это позволяет судить о процессах, происходящих в зоне воздействия. На основании оптимальных параметров получают набор кривых эмиссии при изменении одного из параметров (например, размера области), которые заносятся в память ЭВМ, или микрочипа. Далее, при реальном процессе воздействия на некоторую область, ЭВМ сравнивает получаемую от датчика кривую, с кривыми из памяти и, тем самым, контролирует внешнее воздействие на обрабатываемую область в реальном времени (быстродействия современных микропроцессоров и контроллеров для этого достаточно). Надо отметить, что акустическая эмиссия наблюдается и при процессах, происходящих внутри некоторых объемов (например, лазерное дробление камней в почках будет также сопровождаться этим явлением).

Из вышесказанного следует, что метод акустической эмиссии может быть использован для неразрушающего контроля процесса обработки материалов, причем, в реальном времени, и также для мониторинга физических и биофизических процессов.

Таким образом, данный метод может быть использован в тех областях медицины, в которых используются лазерные технологии (офтальмология, стоматология, хирургия); для мониторинга параметров роста колоний микроорганизмов в объеме питательного раствора и т.д.

Литература:

1. А.Ю. Иванов, А.В. Копыцкий. Акустическая диагностика формы кратера при лазерной обработке материалов // Вестник Гродненского государственного университета им. Янки Купалы. Серия.
2. Естественные науки – №1 (48). – 2007. – С. 57-65.

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ, ХАРАКТЕРА И СОДЕРЖАНИЯ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Неоронов А.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра психиатрии с курсом общей психологии*

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

**Цели и задачи:** определить различия в структуре, характере и содержании бреда при различных психических патологиях.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 23 пациента с диагнозами групп: F2 (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), F3 (аффективные расстройства настроения) и F0 (органические, включая симптоматические, психические расстройства). Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического и клинико-катамнестического методов (психиатрическое интервью, сбор жалоб и анамнеза пациентов). Особое внимание было уделено структуре, характеру и содержанию бреда обследуемых.

Бред представляет собой ложное, непоколебимое убеждение, касающееся себя или окружения, которое не отвечает реальности и не разделяется другими людьми сходного социокультурального происхождения. Больной стойко убежден в этом, вопреки очевидности, этому противоречащей. Содержание бредовых идей может быть различным, однако все они соответствуют приведенным выше критериям.

**Результаты:** в ходе исследования было выявлено, что при патологии различных нозологических групп бредовые идеи различны по своей структурированности и содержанию.

Так, при аффективных расстройствах бред обследованных пациентов отличался меньшей стойкостью, слабой структурированностью и систематизированностью, однако имел большее индивидуальное значение для больных и был эмоционально окрашен в гораздо большей степени, чем при органических заболеваниях и шизофрении.

В свою очередь, при органических заболеваниях бред характеризовался структурной уплощенностью и простотой содержания, однако был необычайно стойким и редуцировался медленно и в большинстве случаев не полностью.

## **АНАТОМИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ**

**Нестерчик Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ст. преподаватель, к.м.н. Шавель Ж. А.*

Целью нашего исследования является изучение топографической анатомии плечевой артерии и ее ветвей.

Нами изучена плечевая артерия у пяти трупов человека (4 мужских и 1 женский).

Плечевая артерия является продолжением подмышечной артерии и берет начало от нижнего края большой грудной мышцы. Плечевая артерия ложится впереди клювовидно-плечевой мышцы, затем располагается в медиальной бороздке плеча, образуя вместе с плечевыми венами и срединным нервом сосудисто-нервный пучок.

Спускаясь вниз по плечевой мышце, плечевая артерия достигает локтевой ямки, где делится на две ветви: лучевую и локтевую артерии. Однако в одном из изученных нами случаях плечевая артерия (на обеих конечностях) делится на свои конечные ветви на середине плеча. После деления лучевая артерия отклоняется латерально и ложится между плече-лучевой мышцей и круглым пронатором.

Локтевая артерия направляется вниз к медиальному краю предплечья и располагается между поверхностным и глубоким слоями мышц передней поверхности предплечья.

Таким образом, артериальная система является одной из самых переменных систем человеческого организма. Знание индивидуальной изменчивости артериального русла человека имеет большое значение в медицинской практике.

## **ЗАИМСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

***Нестерчик Н.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – преподаватель Антушевич М.Н.*

**Цель работы:** 1) рассмотреть важнейшие источники и пути проникновения заимствований в современный английский язык; 2) определить роль и место заимствованных слов в словарном составе английского языка; 3) рассмотреть особенности заимствования медицинских терминов на основе: а) этимологического анализа, б) семантического анализа.

**Методы:** сравнительно-сопоставительный, метод анализа.

Большая часть словарного языка – слова иноязычного происхождения, пришедшие из латинского, греческого, французского, скандинавских и многих других языков. Слова иноязычного происхождения называются заимствованиями.

В данной работе рассматриваются источники заимствований медицинских терминов в современном английском языке. Латинские элементы занимают значительное место в медицинской терминологии. Установление непосредственного источника заимствования отдельных слов не имеет принципиального значения, так как, в конечном счёте, все эти слова латинского происхождения.

Многие из латинских заимствований принадлежат к так называемой интернациональной лексике, т.е. повторяются в языках многих народов, объединённых между собой общими чертами культурного и общественного развития.

Латинские заимствования среднеанглийского и ранненовоанглийского периода представляют собой главным образом абстрактные существительные и научные слова. Многие из них в настоящее время не употребляются, но число сохранившихся в словарном составе английского языка латинизмов XIII – XVIII вв. до сих пор очень велико.

*Например:*

medium - среда, условие; memory - память, воспоминание; to abhor - испытывать отвращение; to add - добавлять, прибавлять; to discriminate - различать, отличать; accurate – точный; efficient - эффективный, умелый; finite - имеющий предел; latent – скрытый.

Многие из этих терминов приобрели всеобщее употребление. Значительная часть научной технической терминологии в современном английском языке создана из латинских и греческих корней. Они широко распространены во всех отраслях науки, а также употребляются в общенародной речи.



*Например:*

Из области медицины: anemia, appendicitis, bronchitis, pediatry, oncology, aspirin, insulin, antibiotics и др. Все эти слова появились в XIX и XX веках.

Из области физики: atom, calorie, the quantum, theory, energy и др.

Из области техники: radiator, transmission, engine, airplane, hydroplane, frequency, antenna, radius, radio и др.

**Выводы:** несмотря на некоторое засорение английской лексики словами, заимствованными из других языков, английский язык в целом не пострадал от большого притока иноязычных элементов.

Наоборот, словарный состав его несомненно обогатился. Это стало возможным благодаря тому, что он усвоил иноязычные элементы, впитав в себя всё ценное и нужное, отбросив в ходе дальнейшего развития всё случайное, наносное.

## **МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВВЕДЕНИИ ЭТАНОЛА И ЭКСТРАКТА КУКОЛОК КИТАЙСКОГО ДУБОВОГО ШЕЛКОПРЯДА**

***Николаева И.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга*

Микробиоценоз кишечника представляет собой сложно организованную многокомпонентную экологическую систему, сложившуюся эволюционно в результате взаимодействия микроорганизмов и организма – хозяина, и характеризующуюся определенным качественным и количественным соотношением популяций микроорганизмов (индигенных и условно-патогенных), поддерживающих биохимическое, метаболическое и иммунологическое равновесие организма хозяина, необходимое для сохранения его здоровья. Микробиоценоз кишечника формируется в значительной степени под влиянием рациона млекопитающих, в том числе с учетом поступления в организм токсических или отрицательно влияющих на организм в целом продуктов. К одним из таких экзогенных факторов относится этанол, потребление которого в популяции, в частности, в России, превысило 10 л в год на 1 человека. Соответственно, возрастает роль биологически активных соединений (в том числе, БАД пробиотического действия), способных увеличить противостояние микробиоценоза организма негативно действующим факторам. К мало изученным композициям относятся экстракты, полученные из куколок китайского дубового шелкопряда, содержащие богатый набор пептидов, аминокислот, биогенных аминов и других биологически активных соединений (А.А. Чиркин и др., 2007).

**Целью работы** явилось изучение защитных свойств экстракта куколок на микробиоценоз кишечника в условиях хронической интоксикации этанолом.

Животные массой 180-200 г, были разделены на три группы: 1-я – контрольная, 2-я – внутрижелудочно получала этанол в дозе 4,5 г/кг массы 1 раз в сутки в течение 10 дней, 3-я – помимо этанола через 30 минут получала экстракт куколок китайского дубового шелкопряда в дозе 10 мл/кг.

Образцы собирали в стерильные флакончики через 24 ч после последнего введения этанола и экстракта. Готовили их десятикратные разведения в стерильной дистиллированной воде. По 0,1 мл из каждого разведения засеивали на питательные среды (Эндо, пластинчатый МПА, высокий столбик МПА, Рагоза-агар, RCM.) для определения содержания в фекалиях крыс основных представителей нормальной микрофлоры: бифидобактерий, лактобацилл, эшерихий с нормальной ферментативной активностью, условно-патогенных энтеробактерий, анаэробной и аэробной флоры, а

также уровня микрофлоры с выраженным газообразованием.

Полученные нами результаты показали, что у получавших этанол животных наблюдается увеличение общего количества анаэробов, повышается титр газообразующей микрофлоры, снижается общее количество быстро растущих микроорганизмов, несколько больше становится содержание *E.coli*, особенно лактозонегативной, а также *Proteus vulgaris*.

Одновременно введение этанола и экстракта куколок китайского дубового шелкопряда препятствует развитию ряда негативных изменений микрофлоры, однако именно в группе получавших дополнительно экстракт животных возросло содержание лактозонегативной *E.coli* и *Proteus vulgaris*. Последнее, вероятно, объясняется известными иммуномодулирующими свойствами изучаемого нами экстракта, формирующего при внутрижелудочном введении усиление антигенного ответа организма (М.В.Горецкая и др., 2007).

Таким образом, проведенные нами исследования:

- подтвердили негативное влияние хронического потребления этанола на микробиоценоз кишечника;
- экстракт куколок китайского дубового шелкопряда, являясь биологически активной добавкой, препятствует развитию дисбиотических нарушений в кишечнике, вызванных потреблением этанола.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ**

***Николаенко А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Нечипоренко Н.А.*

Опущение и выпадение внутренних половых органов у женщин (генитальный пролапс - ГП) в 20-50% случаев сочетается с различными видами недержания мочи, причем наиболее частым видом недержания мочи является стрессовое недержание (СНМ). Сочетание этих двух патологических состояний требует комбинированного лечения и представляет значительные трудности.

**Цель исследования.** Оценить эффективность хирургического лечения ГП, сочетающегося со СНМ с использованием синтетических материалов.

**Материал и методы.** Наблюдали 12 женщин с опущением или выпадением внутренних половых органов различной степени выраженности и стрессовым недержанием мочи. Среди 12 оперированных женщин СНМ сочеталось с выпадением передней стенки влагалища (цистоцеле) у 5; с выпадением задней стенки влагалища – у 3; с полным выпадением матки - у 2 и с выпадением культи влагалища после гистерэктомии – у 2. Все женщины оперированы одномоментно. Коррекция ГП проводилась сетчатыми протезами по технике Gynecar prolift anterior и (или) posterior с использованием собственных инструментов, а восстановление удержания мочи выполнялось слинговой операцией в виде кольцоуретросуспензии хирургическими монолитными капроновыми нитями с их проведением позади лонного сочленения и фиксацией к апоневрозу прямых мышц живота по методу Лоренца.

**Результаты.** В ходе выполнения операций отмечено 2 осложнения при операции Лоренца в виде перфорации мочевого пузыря иглами при выведении нитей из влагалища на переднюю брюшную стенку. Повреждение выявлено контрольной цистоскопией. Игла извлекалась и проведение ее повторялось в другом месте. Сетчатая

пластика стенок влагалища проводилась протезами, приготовленными в ходе операции. Вмешательства, корригирующие ГП, прошли без осложнений. Общая продолжительность всего вмешательства 90-120 минут, кровопотеря до 250 мл. В раннем послеоперационном периоде развилось 2 осложнения в виде острой задержки мочеиспускания, что потребовало в одном случае ослабления натяжения нитей, проведенных под мочеиспускательным каналом. Продолжительность пребывания в стационаре после операции 5-7 суток. Через месяц после операции состояние оперированных хорошее, рецидива ГП и недержания мочи нет. У 2-х женщин появились признаки гиперактивного мочевого пузыря, что требует приема детрузитола. Причиной развития гиперактивного мочевого пузыря, по-видимому, является расположение нитей, поднимающих стенку влагалища, не под средней частью уретры, а под шейкой мочевого пузыря. У остальных 10 женщин в течение 1-6 месяцев после операции рецидива ГП нет, моча хорошо удерживается.

**Выводы:** 1. Хирургическая коррекция генитального пролапса, сочетающегося со стрессовым недержанием мочи, путем сетчатой пластики стенок влагалища по технике Prolift anterior и posterior и кольпоуретросуспензией нитями является эффективным методом лечения этой сочетанной патологии.

## О ПОВСЕДНЕВНОЙ И СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ ДРЕВНЕЙ РУСИ И ОСТРОВА МАВРИКИЙ

*Новбухт Рагени*

*Научный руководитель – доцент кафедры русского и  
белорусского языков Мишонкова Н.А.*

Люди Древней Руси жили в избах, которые представляли собой деревянный бревенчатый дом. В доме имелась печь. Свет в дома проникал через небольшие окна. Только у богатых были окна из стекла и слюды, но очень редко. Бедные жили в полуземлянках. В условиях русской зимы жить без отопления невозможно, в полуземлянках, где жили бедные люди, также устанавливались печи.

В крестьянских домах под одной крышей вместе с семьёй держали домашних животных. Чем богаче был человек, тем более комфортное было его жилище. В домах основной мебелью были лавки и скамьи, на которых и сидели, и спали. У богатых имелись деревянные кровати, ковры, столы, стулья. В тёмное время дома освещались горячей деревянной щепкой – лучиной или глиняными масляными светильниками, свечами.

Одеждой бедных была рубаха-косоворотка из холста, у богатых – из тонкого льняного полотна. Зимой носили шубы из овчины, тёплую одежду из шерсти. Богатые одевались лучше: зимой ходили в шубах.

Продукты питания делали из овса, проса, пшеницы и овощей. Мяса ели мало, а если и ели, то больше свинину, чем говядину и баранину. Большой популярностью пользовалась речная рыба, потому что это было дешёво. Пили хлебные квасы, мёды, фруктовые отвары. Пользовались деревянной посудой, в богатых домах – железной, медной, серебряной.

Семьи были большими: в одной семье жили дед, его сыновья с жёнами, внуки и т.д. Ребёнок получал два имени: крестильное – из церковного календаря, и просто имя. Крестильное скрывалось от других людей, чтобы уберечь от порчи, сглаза. Мирское имя было общеупотребительным. Часто мирское имя сопровождалось прозвищем, которое давалось или по месту, откуда происходил человек, или по личным качествам (например, «Невежа», «Сопливая Рож»).

В Древней Руси отчества употреблялись редко, не существовало фамилий. Они

появились только в XV – XVI вв.

Важным было происхождение ребёнка. Детство проходило в очень жёстких условиях, и длилось оно недолго, особенно у бедных. В семьях крестьян мальчиков 8-9 лет женили на взрослых девушках. Это делалось для того, чтобы в семье был лишний работник. Богатые женились и выходили замуж позже, но свадьбы в 12-15 лет были нормой. Главой семьи был муж. Жена считалась лишь приложением к «сильной половине».

Что можно сказать о Древнем Маврикий?

Маврикий – это не такая старая страна, чтобы говорить о древней жизни. Но нам хочется привести примеры, которые, возможно, похожи на древнюю жизнь нашего острова, чтобы хоть как-то сравнить её с жизнью Древней Руси.

Маврикий был рабовладельческой страной. Тогда остров был колонией Франции и Британии.

У рабов жизнь была очень тяжёлая. После отмены рабства на Маврикий британцы привезли людей из Индии, чтобы они работали в качестве рабочих. Они жили в избах. Потом они начали строить бревенчатые и металлические дома. У богатых людей были дома из кирпича.

Мебелью в домах были кровати, столы, лавки и стулья. Но у богатых мебели было больше. Одежда – это типичные индийские костюмы, потому что в то время население состояло больше из индусов. А позже одежда была такой же, как и в Европе. Питание в то время состояло больше из овощей, птицы и баранины.

Семья обычно была большой. Старое поколение жили вместе с молодым, как и в Древней Руси. Также была система, когда на 40 день от рождения ребёнок получал два имени. Отчество давалось очень редко.

В то время на острове редко встречались пьяницы, разбойники и негодяи, потому что люди много работали на земле.

Женщины о. Маврикий не имели никаких прав. Жена ничего не имела дома. Считалось, что роль жены – дать жизнь детям и работать для мужа.

Поэтому родители не хотели, чтобы у них рождались девочки. Они всегда желали иметь сына. Девочек отдавали замуж в 8-9 лет.

И только после Дня независимости острова Маврикий жизнь в нашей стране изменилась.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

***Обухович Н.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биохимии*

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

Наркомания представляет серьёзную проблему для большинства европейских государств, в том числе и для Беларуси. За период 1995-2002 гг. количество зарегистрированных на наркологическом учете потребителей психоактивных веществ (ПАВ) выросло в 3,8 раза. Эпидемиологические исследования, проведенные в России и Беларуси, указывают на похожую динамику наркологической ситуации в этих странах: увеличение распространения наркоманий среди населения, снижение среднего возраста потребителей ПАВ, переход на «тяжелые» наркотики. Для оценки истинного состояния проблемы и планирования мероприятий по предотвращению распространения данной патологии представляется важным определение наиболее информативных эпидемиологических показателей, использование которых поможет адекватно отражать



и прогнозировать наркологическую ситуацию.

Целью данной работы явился комплексный анализ наркологической ситуации в Республике Беларусь по ряду социально-эпидемиологических параметров за период 1994-2004 гг. Было проведено исследование контингента потребителей ПАВ, зарегистрированных в наркологических учреждениях республики по состоянию на начало 2005 г. Анализ информации о потребителях ПАВ проводился по социально-эпидемиологическим и медицинским параметрам, которые рассчитывались из регистрационных карт потребителей ПАВ, впервые выявленных и снятых с учета в наркологических учреждениях республики.

Было установлено, что за период 1994-2004 гг. количество состоящих на наркологическом учете потребителей ПАВ увеличилось в 4,7 раза и на начало 2005 г. достигло 9468 человек. Показатель «распространенность потребления ПАВ» в расчете на 100 тысяч населения по состоянию на начало 2005 г. составил 96,1 и превысил в 4,9 раза значение показателя 1994 г. – 19,5. Одновременно значительно возросло и выявление потребителей ПАВ. Показатель «частота новых случаев потребления ПАВ» за исследуемый период увеличился в 3 раза (с 7,0 в 1994 г. до 21,5 – в 2004 г.). Среди регионов наиболее значительное распространение потребления ПАВ было отмечено в Гомельской, Брестской, Гродненской и Витебской областях, где показатель «распространенность потребления ПАВ» превысил среднереспубликанский. Потребители наркотиков морфинового типа составили наибольшую часть от всего зарегистрированного контингента – 65,3%. Причем, в основном это были потребители опия кустарного приготовления (53,2%) и героина (8,8%). В последние годы значительно выросло потребление ингалянтов, каннабиноидов и амфетаминов в основном за счет молодых людей в возрасте до 20 лет. За исследуемый период количество больных наркоманиями выросло в 4 раза, а токсикоманиями – в 3 раза.

Распространение потребления ПАВ было характерно больше для мужской популяции, по сравнению с женской. На начало 2005 г. на наркологическом учете состояло 1604 женщины или 16,9% от всего контингента, а коэффициент соотношения мужчины/женщины равнялся 4,9. Доля молодежи в возрасте до 20 лет в контингенте всех потребителей ПАВ составляла 18,2%, подавляющее большинство из них обучалось в средних и средне-специальных учебных заведениях. Анализ обстоятельств выявления новых случаев заболевания или злоупотребления ПАВ показал, что основную роль в этом процессе продолжают играть правоохранительные органы – милиция и следственные структуры.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ВЗРОСЛЫХ**

***Олейник А.О., Ващенко В.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

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

В медицинской литературе последних лет наблюдается заметное повышение интереса к проблеме хронического колостазы у взрослых. В США более 2,5 миллионов людей ежегодно обращаются к врачу по поводу запоров. Средний возраст таких пациентов составляет 24-41 год. Заболеваемость неуклонно растет, составляя по России около 14%, а по Москве - 25,8%. Неудовлетворительные результаты консервативного (18–23%), хирургического (0,9–40%) лечения определяют актуальность поиска оптимальных путей лечения пациентов этой категории.

**Цель работы.** Оценка эффективности разработанных в клинике хирургических



методов лечения хронического колостаз.

**Материал и методы.** За последние 3 года в клинике общей хирургии на базе УЗ «4-ая городская клиническая больница» г. Гродно находилось 15 больных. Хирургическое вмешательство выполнено у 9 человек. Все они женщины в возрасте 25–56 лет, страдали запорами от 4 до 26 лет. Многократно лечились в терапевтических и хирургических стационарах, в том числе и специализированных, однако заболевание с течением времени прогрессировало. Самостоятельный стул отсутствовал по 7-12 дней, у отдельных пациентов - до месяца. Наблюдалось вздутие живота, боли, дискомфорт, выраженная слабость, похудание, появлялись отдышка, сердцебиение при физической нагрузке. Больные подвергались комплексному клинко-инструментальному обследованию. С целью уточнения причин хронического колостаз, а также функционального состояния ободочной кишки проводилось изучение моторной и эвакуаторной функции толстой кишки с помощью рентгеноскопии. Также выполнялись фиброколоноскопия с биопсией, рентгенография позвоночника, крестца, консультации невропатолога, психиатра, эндокринолога. У 1 больной выявлена болезнь Гиршпрунга, короткоsegmentная форма, у 3 – болезнь Пайра в сочетании с долихосигмой. У 5 больных диагностирована долихомега-сигма, которая занимала большую часть брюшной полости.

У 3 пациентов была выполнена субтотальная колэктомия с илеоректоанастомозом и формированием спирального клапана-инвагината (а.с. СССР №1736441, 1992) и функционального жома (а.с. СССР №1680090, 1991) на подвздошной кишке с целью профилактики синдрома укороченного кишечника. У 6 больных производилась расширенная левосторонняя гемиколэктомия с удалением сигмовидной, нисходящей и 2/3 поперечноободочной кишки с формированием у 5 пациентов трансверзоректоанастомоза, а у 1 – асцендоректоанастомоза после полного удаления патологически измененной поперечноободочной кишки.

**Результаты.** У 6 больных получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты, у 3 – удовлетворительные. Пациенты не принимают слабительных, стул самостоятельно один раз в 1-2 дня. Нарушение пассажа по кишечнику при контрольном обследовании оперированных больных выявлено не было.

**Выводы.** Лечение хронического колостаз должно быть направлено на устранение причины заболевания, а не только на удаление расширенной части толстой кишки. Операциями выбора при колостазе, обусловленном замедленным продвижением содержимого толстой кишки, являются расширенная левосторонняя гемиколэктомия или субтотальная колэктомия с удалением визуально определяемых патологически измененных отделов ободочной кишки.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

**Олейник А.О., Карпенко М.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Дубровицк О.И.*

Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) при циррозах печени с синдромом портальной гипертензии (ПГ) сложная и нерешенная проблема в экстренной и плановой хирургии. У 75% больных с данной патологией в течение 10 лет формируются ВРВПиЖ, при этом кровотечения развиваются в 30% случаев. Летальность после первого эпизода кровотечения составляет 30-50%, общая

25-72%. Хотя этиология и патогенез изучены детально, однако по-прежнему существуют самые противоречивые мнения в отношении методов лечения этой трудной и сложной патологии. Все изложенное оставляет эту проблему в числе самых актуальных.

**Цель** нашей работы состоит в анализе результатов лечения и профилактики кровотечения из ВРВПиЖ у больных с синдромом ПГ в специализированном центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК).

**Материал и методы.** С мая 2002 по 2007гг. в центр ГДК на базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно» госпитализировано 285 больных с кровотечением из ВРВПиЖ: женщин – 68 (24%), мужчин – 217 (76%), в возрасте 21-40 лет - 108 (38%), 41-60 лет - 140 (49%), старше 60 лет - 37 (13%). В реанимационное отделение госпитализировано 265 (93%) больных, и 20 (7%) в хирургическое, в первые 6 часов от начала кровотечения госпитализировано 25%, с 7 до 24 ч – 22% и позже 24 ч – 53% больных.

**Результаты и обсуждение.** Представлен опыт в диагностике и лечении пациентов с кровотечением из ВРВПиЖ. В центре ГДК разработан и применяется диагностически-лечебный алгоритм, определяющий последовательность действий хирурга при оказании экстренной помощи. Всем больным при поступлении выполняется ЭФГДС. Продолжающееся кровотечение диагностировано у 203 (71,2%) больных, состоявшееся у 82 (28,8%). При продолжающемся кровотечении проводился эндогемостаз у 167 (82,3%) больных, непосредственная эффективность достигнута у 58 (28,6%). При неэффективном или нестабильном гемостазе вводится зонд Блекмора, через 6-8 часов после постановки зонда снимается компрессия в желудочной, затем в пищеводной манжете зонда. Если кровотечение продолжается, проводится повторная попытка эндогемостаза. У 36 (17,7%) больных в связи с продолжающимся кровотечением проведено склерозирование вен пищевода этоксисклеролом и повторно введен зонд Блекмора. При рецидиве кровотечения после снятия компрессии в манжетах зонд не удаляется с циррозом класса С, создается повторно баллонная компрессия и проводится медикаментозное консервативное лечение. При циррозе класса А и В, если кровотечение не удается контролировать баллонной тампонадой, эндогемостатическими и консервативными методами, ставятся показания к оперативному лечению. Оперировано на высоте кровотечения 9 (3,1%) больных, умерло 5 (55,6%). У 19 (6,7%) пациентов проведена плановая этапная склеротерапия. За один сеанс проводится склерозирование 2-4-х венозных стволов, сеансы проводятся через 7 дней (не более 3 сеансов) до полного спадания видимых расширенных вен. Всего проведено 39 плановых этапных сеансов склеротерапии. Положительные результаты отмечены у 17 (78,9%) больных.

Следует отметить, что общая летальность, до применения склеротерапии, составляла 56,7%, после применения снизилась до 36,8%.

**Выводы.** Эндогемостаз является эффективным методом остановки острых кровотечений из ВРВПиЖ, однако не имеет преимуществ перед превентивной плановой склеротерапией, которая позволяет эффективно предотвратить развитие рецидива кровотечения. Эндоскопическое склерозирование ВРВЖ, особенно его свода, является технически трудно выполнимым. Это связано с большой протяженностью и площадью расширенных вен, значительным количеством анастомозов, плохим эндоскопическим доступом и зачастую недостаточной эффективностью зонда-обтуратора.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ И КАРБАМАЗЕПИНА ПРИ МОНОТЕРАПИИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

*Кононов Е.В., Онегин Е.Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра неврологии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Е.В.Онегин*

«Золотой стандарт» в лечении эпилепсии определяется как максимум терапевтической эффективности при минимуме побочных воздействий. В свете сказанного привлекают внимание производные вальпроевой кислоты (ВП) и карбамазепин (КБ) [1, 2, 3].

**Целью настоящего исследования** была объективизация максимальной терапевтической эффективности и переносимости при монотерапии производными вальпроевой кислоты и карбамазепином, не сопровождавшейся побочным эффектом препарата у больных с различными видами и частотой эпилептических приступов, на основе результатов клинико-электроэнцефалографического мониторинг-исследования у детей.

**Материал и методы исследования.** В исследование были включены 34 пациента с разными формами эпилепсии в возрасте от 8 дней до 15 лет, находившиеся на лечении в неврологическом отделении детской областной клинической больницы г. Гродно. Всем детям старше 4-5 лет проводилось электроэнцефалографическое исследование.

Вальпроаты, как единственное противоэпилептическое средство, применялись 15, а КБ - 19 больным. Каждому больному подбиралась индивидуальная суточная доза в зависимости от возраста, массы тела, характера припадков и общего состояния здоровья [1, 2, 3].

**Полученные результаты и их обсуждение.** Препараты ВП являются высокоэффективными при лечении различных клинических проявлений эпилепсии у детей, прежде всего, при абсансах и локализованных припадках. Они успешно могут быть использованы в лечении больных с резистентными припадками, обладают незначительным побочным действием, которое проходит после уменьшения дозы и проявляют отчетливый нормотимический эффект. Продолжительная терапия вальпроатами обязывает к постоянному контролю морфологии крови, функции печени и почек.

Спектр действия КБ при монотерапии был достаточно широк, положительный эффект получен при парциальных припадках, генерализованных и сочетанных. Побочные действия возникали, в основном, в начале лечения в виде головокружения, сонливости, нарушения координации и исчезали при уменьшении дозировки.

Электроэнцефалографические изменения прямо коррелировали с результатами от проводимой противосудорожной терапии, однако нормализация биоэлектрической активности происходила медленнее, чем клиническое улучшение, что затрудняло использование данного метода в экспресс-диагностике эффективности дозы подбираемого препарата.

**Заключение.** Полученные данные по критериям эффективности и переносимости В и КБ позволяют оптимизировать лечение эпилепсии у детей за счет назначения дифференцированной противосудорожной терапии с учетом возраста, характера припадков и соматического отягощения, объективизации динамики эпилептического процесса, контроля эффективности противоэпилептической терапии.

Литература:

1. Онегин, Е.В.. Лечение эпилепсии: методическое пособие/ Е.В. Онегин, О.Е. Онегина.- Гродно: ГрГМУ, 2007.– 29с.
2. Формулярный подход к назначению эпилептических препаратов в нейрорепедиатрии : методическое пособ. для врачей/ А.А. Баранова; под общ. ред. акад. РАМН, проф. А.А. Баранова. - Москва, 2003. - 28 с.
3. Шанько Г.Г., Барановская Н.Г., Ивашина Е.Н., Шалкевич Л.В. Классификация, диагностика и лечение эпилепсии у детей: пособие для врачей/ Г.Г. Шанько и др.– Минск, 2003.- 77 с.

## АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПОРОКОВ У АБОРТИРОВАННЫХ ПЛОДОВ

**Онищенко Л.Ю., Минько Н.П.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

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

По материалам ВОЗ, 4-5% всех детей появляются на свет с той или иной врожденной патологией. Среди 1000 родившихся живыми в среднем 10 детей страдают моногенными, 6 – хромосомными болезнями, у 20 выявляются врожденные пороки развития иного происхождения. По оценкам американских специалистов, годовые затраты на ребенка с врожденным пороком развития (ВПР) составляют до 70 тыс. долларов. В дородовой диагностике и профилактике ВПР и наследственных болезней человека в последние 2-3 десятилетия в стране достигнуты большие успехи. Основная нагрузка по выявлению ВПР у плодов ложится на врачей ультразвуковой диагностики [1].

В 2006 году медики Гродненщины вынуждены были поставить 51 семью перед непростым выбором – отказаться от больного ребенка и искусственно прервать беременность или принять ответственность за ребенка-инвалида, который никогда не станет здоровым человеком.

**Цель исследования:** изучить структуру ВПР и совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов у абортированных плодов по медико-генетическим показаниям.

Нами проанализированы медицинские карты стационарного больного и протоколы патоморфологического исследования (вскрытия) 51 плода, абортированного по генетическим показаниям. В анализируемой группе женщин, беременность которым была прервана по генетическим показаниям, в основном были женщины от 19 до 35 лет - 41 (80,4%), после 35 лет - 10 (19,6%). Среди них преимущественно были городские женщины – 44 (86,3%) и только 7 (3,7%) сельских женщин. К сожалению, до 12 недель проведено прерывание беременности только у 2-х (3,9%) женщин; у 94,1% случаев - в сроках 16-22 недели и у 1-й женщины - после 22 недель беременности. Прерывание беременности после 12 недель связано с поздней антенатальной диагностикой ВПР. Среди абортированных плодов с ВПР одинаково часто встречались плоды мужского и женского пола (49,0% и 45,2%) не установлен пол у 5,8% абортусов.

Для анализа спектра выявленных пороков у абортированных плодов нами проведено объединение пороков по системам: пороки центральной нервной системы (ЦНС) – 12 (23,5%); пороки сердечно-сосудистой системы – 9 (17,6%); расщелина губы и неба - 5 (9,8%); пороки желудочно-кишечного тракта - 3 (5,9%); пороки мочевой системы - 1 (1,96%); пороки костной системы - 3 (5,9%); хромосомная болезнь - 3 (5,9%); пороки легких - 4 (7,8%); множественные врожденные пороки развития (МВПР) – 10 (19,6%). Наибольшее число прерываний по генетическим показаниям было проведено в связи с формированием у плодов пороков развития ЦНС, ВПС и МВПР.



Однако кариотипирование было проведено всего лишь в 2-х (3,9%) случаях.

Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов имело место только в 40 (78,4%) случаях, в 10 (19,6%) подтвердить диагноз было невозможно из-за резкого аутолиза тканей, в 1 (1,96%) нозологический диагноз не подтвержден, хотя прерывание было обосновано в связи с выявлением других пороков развития, несовместимых с жизнью. Во всех случаях прерывание беременности было обоснованным.

Таким образом, проведенный анализ на ретроспективном материале показал, что пороки развития были выявлены чаще у женщин в возрасте от 19 до 36 лет, а наиболее частыми из них явились пороки ЦНС, ВПС и МВПР, что требует обязательного антенатального кариотипирования.

Литература:

1. Бочков Н.П., Жученко Н.А. Мониторинг врожденных пороков развития// Российский вестник педиатрии, 1996.

## **РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Осипович А.И., Волосюк Е.О.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

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

**Актуальность:** В структуре острых гинекологических заболеваний внематочная беременность составляет 47%. Основой механизма в формировании внематочной беременности являются патологические процессы, нарушающие транспорт оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе и изменяющие свойства плодного яйца.

**Цель:** Изучить причины развития внематочной беременности и проанализировать результаты лечения.

**Материалы и методы:** В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 28 карт стационарного больного в период с июня 2005г по июнь 2006г. Больные прооперированы в областном эндоскопическом гинекологическом центре на базе 4-й Городской клинической больницы г. Гродно.

**Результаты:** Менструальная функция у данной группы пациенток имела следующие особенности: у 53,4% (15 чел.) менструации начались с 14 лет, у 28,6% (8 чел.) - с 13 лет, у 7,2% (2 чел.) - с 12 лет, по 3,6% (1 чел.) – с 11, 15 и 17 лет. У 100% (28 чел.) пациенток длительность менструального цикла составляет от 3 до 6 дней. Большинство женщин, перенесших внематочную беременность, начали вести половую жизнь с 18 лет. У 21,4% (6 чел.) женщин внематочная беременность явилась 1-й беременностью, у 28,6% (8 чел.) - 2-й беременностью по счету (из них у 7,2% (2 чел.) 1-я беременность была внематочной, у 7,2% (2 чел.) 1-я беременность закончилась абортom, а у 14,4% (4 чел.) – родами). 10,7% (3 чел.) пациенток в анамнезе уже имели внематочные беременности. 50% (14 чел.) в анамнезе имели аборты, 53,6% (15 чел.) - роды. Наибольшая частота внематочных беременностей наблюдалась у женщин в возрасте 35-38 лет. Наиболее распространенной операцией у женщин с внематочной беременностью была лапароскопическая тубэктомия. В 10,7% (3 чел.) случаев выявлена сочетанная патология яичников и дополнительно к основной операции выполнено: у 3,6% (1 чел.) - овариэктомия, у 3,6% (1 чел.) - цистэктомия, у 3,6% (1 чел.) – резекция яичника. У 10,7% (3 чел.) по желанию пациенток сделана стерилизация. У 10,7% (3 чел.), в связи с большой кровопотерей, проведена лапаротомная тубэктомия. У 78,6%



(22 чел.) средняя кровопотеря составила 250-300 мл. У 17,8% (5 чел.) женщин кровопотеря составила более 500-1000 мл., а у 3,6% (1 чел.) – больше 1500мл. Анемия 1-й степени тяжести возникла у 14,3% (4 чел.) женщин, 2-й степени тяжести – у 7,2% (2 чел.). В послеоперационном периоде анемии не наблюдалось у 78,6% (22 чел.) пациенток. Проведенное гистологическое исследование показало наличие хронического сальпингита у 60,1% (17 чел.) больных. У 96,4% (27 чел.) женщин внематочная беременность была диагностирована в стадии нарушенной трубной беременности, у 3,6% (1 чел.) женщин - в стадии прогрессирующей трубной беременности. У всех пациенток беременности были незапланированные.

**Выводы:** Недостаточная работа женских консультаций по вопросам планирования семьи, использования существующих методов контрацепции, профилактики абортов.

Основная причина развития внематочной беременности – воспалительные заболевания женских половых органов (хронический сальпингит).

У пациенток с внематочной беременностью имеется тенденция к позднему менархе. У всех женщин длительность менструального цикла находится в пределах нормы.

Основной операцией при внематочной беременности была лапароскопическая тубэктомия.

В связи со своевременной диагностикой внематочной беременности анемия развилась только у 21,4% (6 чел.) женщин с профузным кровотечением.

## **МИФЫ О БЛИЗНЕЦАХ**

***Павловская М.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Вильчинская Л.П.*

Близнецы – это не только биологический, но и социальный факт или, точнее говоря, часть происходящих в обществе процессов, которые могут начаться задолго до физического зачатия (как, например, в случае продолжительного лечения от бесплодия или при наличии истории рождения близнецов в семье).

Широко было распространено убеждение, что близнецы имеют волшебную силу над природой и, особенно, над дождем и погодой. Считалось, что они имели и другие сверхъестественные способности и могли предсказать пол нерожденного ребенка, управляли климатом, насылали бесплодие или фертильность, давали бессмертие в сражении, нечувствительность к яду змей, скорпионов и обладали способностью прекращать кипение воды в горшке.

У некоторых народов считалось, что человек не может иметь более одного ребенка одновременно и что мать, следовательно, была неверна. В Южной Азии, Японии и Индии мать близнецов считалась нечистой. Готтентоты удаляли одно яичко отца, чтобы у женщины не было близнецов снова. В британской Колумбии индейцы боялись близнецов, потому что думали, что их желания всегда исполнялись, и они могли обаять тех, кого ненавидели. В некоторых индейских племенах думали, что они являются преображением лосося, и не позволяли им подходить близко к воде, чтобы они не обратились обратно в рыбу. Во многих странах считалось, что они имели силу вызывать хорошую или плохую погоду.

В Новой Гвинее считалось, что, если женщина съест два банана, растущие из одной головки, она родит близнецов. Индейцы гуарани в Южной Америке думали, что женщина станет матерью близнецов, если она съела двойное зерно проса. Родители

близнецов, как полагали племена боганда в Центральной Африке, были настолько плодородными, что могли бы увеличить плодородие плантаций деревьев, которые были основой питания. Они проводили церемонию передачи репродуктивной силы этим плантациям.

В Новой Гвинее, когда один близнец умирал, второму давали деревянное изображение его брата или сестры. Близнецов приветствовали и помещали в специальном жилище, построенном близнецами-рабочими. Они должны были воздерживаться от некоторых видов пищи, типа ящерицы игуаны. Близнецы украшались белыми бусами.

В индоевропейской мифологии близнецы-братья, называемые "детьми бога неба" (Диоскуры, Ашвины, литовские и латышские "сыновья бога"), ухаживают за своей сестрой – дочерью солнца. В некоторых индоевропейских традициях можно обнаружить след этого мифа (у хеттов, древних ирландцев и индо-иранцев), например, в "Ригведе".

Миф о близнецах – брате и сестре, вступающих в кровосмесительный брак, известен в почти одинаковой форме во многих древних культурах (египетский миф об Осирисе и Исиде, древнеиндийский миф о Яме и его сестре Ями). Нередко предполагается, что кровосмесительный брак близнецов начинается еще во чреве матери, поэтому при рождении двойни считается необходимым совершить очистительный обряд, частью которого может быть рассказ близнечного мифа (иногда идея запрета вводится в сам миф).

Итак, близнецы выступают в мифах и положительными, и отрицательными героями, сотрудничающими и соперничающими, счастливыми и несчастными, смертными и божественными. Во многих культурах имеются многочисленные мифы о близнецах, функция которых – интерпретация реальности, утверждение законов человеческих отношений, попытка дать ответы на зачастую нерешаемые вопросы бытия.

Литература:

1. Иванов В.В. Близнечные мифы // Мифы народов мира. Т.1, М., 1991, С. 174–176.
2. Толстой Н.И. Близнецы // Славянские древности. Т.1, М., 1995, С. 191–193.

## **ОБРАЗОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ БЛИЗНЕЦОВ**

***Павловская М.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Вильчинская Л.П.*

Как свидетельствует статистика, за последние годы увеличилось число случаев многоплодной беременности и рождения близнецов. В настоящее время близнецы составляют примерно полтора процента от всех новорожденных. На земле живет более ста миллионов близняшек. Рекордное количество близнецов рождается в Африке (у некоторых племен каждые двадцатые роды – множественные), а наименьшее – у представителей монголоидной расы.

Какая именно из мужских половых клеток достигнет яйцеклетки и сольется с ней, дав начало новой жизни, зависит от целого ряда случайностей. Однако уже с самого момента слияния мужских и женских половых клеток закладываются пол будущего малыша, цвет его глаз, цвет волос, наличие музыкальных способностей и т.д. Пол будущего ребенка зависит только от мужской половой клетки.

Через 24–30 часов яйцеклетка начинает делиться. Наследственный материал

делится на две абсолютно идентичные части, которые отдаляются друг от друга, оболочка яйцеклетки перетягивается. В норме оболочка яйцеклетки перетягивается только до такой степени, что дочерняя клетка образуется внутри так называемого клеточного пузыря, так что обе клетки – и материнская, и дочерняя – остаются вместе. Если же происходит ошибка, и оболочка перетягивается полностью, то есть оплодотворенная яйцеклетка полностью разделяется, то образуются две отдельные клетки с абсолютно одинаковым наследственным материалом. Каждая из этих клеток дает начало совершенно новой человеческой жизни.

Неполноценное деление оплодотворенной яйцеклетки может привести к образованию сиамских, иными словами, сросшихся теми или иными частями тел, близнецов. К счастью, сиамские близнецы рождаются очень редко, так как эмбрионы с дефектами погибают еще до того, как женщина узнает, что она беременна.

Чем раньше происходит деление оплодотворенной яйцеклетки, тем больше вероятность того, что каждый зародыш получит свою собственную плаценту и околоплодный мешок, собственные источник питания и жизненное пространство. В этом случае говорят о делении на стадии морулы (деление происходит через несколько часов после оплодотворения). В этот момент эмбрионы располагаются в разных частях матки отдаленно друг от друга; каждый из них образует для себя плаценту, хорион и амнион, из которого затем образуется околоплодный мешок. В случае, когда эмбрионы прикрепляются к стенке матки слишком близко друг от друга, то это может привести к слиянию плацент и к образованию единой плаценты.

За стадией морулы следует стадия бластулы. К этому моменту уже сформировались плацента и хорион, но пока еще нет амниона. Если оплодотворенная яйцеклетка начинает делиться только на стадии бластулы, то у зародышей будут одна плацента, один хорион, но два околоплодных мешка.

Если же яйцеклетка начинает делиться на еще более поздней стадии, то у зародышей будет общим и околоплодный мешок.

В заключение можно отметить, что современная наука может дать подробный ответ на вопрос о том, «как» образуются однояйцовые близнецы. Однако вопрос «почему» пока остается не разрешенным до конца...

## **СТАНОВЛЕНИЕ ГЕМЕЛЛОЛОГИИ**

*Павловская М.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Вильчинская Л.П.*

Рождение, постнатальный период и дальнейшая жизнь близнецов является важнейшей медико-биологической проблемой. Первые попытки теоретических обоснований по данной проблеме были предприняты более 100 лет назад Ф. Гальтоном, который стал основателем так называемого близнецового метода исследования, в основу которого положен факт того, что монозиготные близнецы идентичны. Дальнейшие физиологические, гинекологические и генетические исследования внесли существенный вклад в становление и развитие гемеллологии – науки о близнецах (от лат. *gemelli* – близнецы) [1].

Необходимо отметить, что на ранних этапах результаты исследований в этой области использовались преимущественно генетиками, причем близнецы не выступали в качестве основного и первичного объекта исследований, а как дополнительное средство для решения своих сугубо генетических задач, а не для рассмотрения закономерностей биологии, экологии и медицинских аспектов близнецов [2].

Количество научных учреждений, занимающихся проблемами, связанными с изучением тех или иных показателей близнецов, сравнительно невелико. К подобным наиболее крупным центрам относятся Ижевская государственная медицинская академия и Санкт-Петербургский медицинский университет. Интересные фундаментальные исследования по проблеме близнецов проводятся в Винницком медицинском институте, где разрабатываются вопросы гемеллологических особенностей детерминации и реализации признаков остеогенеза, кардио- и ангиогенеза, соматотипирования и дерматоглифики в парах близнецов, как моно-, так и дизиготных [1, 2]. В настоящее время классический близнецовый метод значительно трансформируется, обрстая новыми подходами, обладающими большей достоверностью и информативностью конечных результатов. Например, разработан метод оценки полового диморфизма, базирующийся на рассмотрении морфофункциональных, биохимических и других признаков разнополых близнецов. К положительным сторонам данной методики можно отнести отсутствие в необходимости сложной диагностики зиготности и возможность применения в любых регионах.

Интересные результаты получены при использовании близнецового метода в сравнительном контроле по близнецу. В соответствии с требованиями этого подхода рассматривается степень воздействия внешнесредовых факторов на критерии функционального состояния, качества жизни и заболеваемости однойцевых близнецовых пар, находящихся в различных условиях и месте проживания. Некоторые исследования, имеющие в своей основе данный подход, посвящены определению степени реального воздействия различных программ физической культуры на организм человека, в частности, на его остеометрические параметры.

Представляет интерес также комплексный подход сбора анамнестического и фактического материала, выражающийся в методе исследования близнецовых семей. Этот прием позволяет, наряду с необходимыми показателями жизнедеятельности близнецов, исследовать их генеалогические особенности. На основе данного приема были изучены факторы, индуцирующие изменение пальцевой дерматоглифики [1]. Прошлое, которое можно назвать периодом классической теоретической гемеллологии, в большинстве своем связано с использованием моно- и дизиготных близнецов в различных исследованиях.

Литература:

1. Б.И. Коган. Близнецы, близнецовый метод исследований – проблемы, подходы, перспективы // Морфология. – 1993. – Т. 105, №7–8. – С. 151–156.
2. В.П. Иванов Физическое развитие и заболевания близнецов в постнатальном онтогенезе. – Ижевск. – 1999. – 115 с.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОЛОГИЗМОВ ПО СПОСОБУ ФОРМИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

***Павловская М.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Семенчук И.В.*

**Цель работы:** проанализировать основные способы образования неологизмов в английском языке и выделить наиболее продуктивные из них.

**Методы:** описательный, сравнительно-сопоставительный, анализа и синтеза.

Очень подробную классификацию неологизмов с учетом продуктивности способов словообразования предложил Луи Гилберт. Он подразделяет неологизмы на:

1) фонологические неологизмы, 2) заимствования, 3) семантические неологизмы, 4) синтаксические неологизмы. В. И. Заботкина расширила эту классификацию, разделив синтаксические неологизмы на морфологические (словообразование) и фразеологические (словосочетания).

Фонологические неологизмы сформированы, объединяя уникальные комбинации звуков, их иногда называют искусственными, например: *yuck/yuck* (междометия, которые обычно выражают отвращение), *wow* (междометия, которые обычно выражают восторг, удивление), *oops!* (вскрик, когда человек что-нибудь роняет).

Заимствования можно разделить на четыре группы:

1. Собственно заимствования. Основной язык-источник этих неологизмов – французский. Новой тенденцией является рост заимствований из африканских и азиатских языков, особенно из японского. Неологизмы этой категории чаще всего передают понятия в области культуры (*discotheque*, *cinematheque* из французского), общественно- политической жизни (*The Duma* – Дума из русского), повседневной жизни (*petit déjeuner* – небольшой завтрак из французского, *ryokan* – рюкан, гостиница в традиционном японском стиле), науки и техники и т.д.

2. Варваризмы – неассимилированные или слабоассимилированные в английском языке единицы, отличающиеся наибольшей степенью новизны, например: *dolce vita* (ит.), *perestroika*, *glasnost* (русс.), *solidarnosc* (польск.) *gonzo* (ит.) – дикий, сумасшедший и т. д.

3. Ксенизмы – это неологизмы, отражающие реалии, специфику быта страны – источника, несвойственные языку реципиенту, например: *kung-fu* (кит.) – кунг-фу, *guro* (греч.) – тип бутерброда.

4. Кальки формируют самую малочисленную группу, например: *dialogue of the deaf* (от фр. *dialogue des sourds*) – дискуссия, в которой участники не обращают внимания на аргументы друг друга; *gliding time* (от нем. *gleitzeit*) – скользящий график; *photonovel* (от исп. *photonovela*) – фотороман, роман, состоящий из фотографий, обычно с диалоговыми вставками в стиле комиксов.

Семантические неологизмы возникают в результате присвоения новых значений уже известным словам, например: *bread* – деньги, *acid* – наркотик ЛСД и т. д.

Морфологические и фразеологические неологизмы обычно строятся по образцам, существующим в языке и из морфем, присущих данной языковой системе. В. И. Заботкина выделяет следующие основные способы создания морфологических неологизмов: аффиксальные неологизмы (*workaholic* – трудоголик), словосложение (*free-fall* – резкое падение курса акций), конвертированные неологизмы (*to butterfly* – летать по городу без цели подобно бабочке), сокращения (*Doc* от *Doctor* – доктор, врач).

Выводы: самым продуктивным способом образования неологизмов в современном английском языке является морфологический – суффиксация (24% всех новообразований), словосложение (29,5% всех новообразований), транспозиция, сложнопроизводные модели.



# **ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

***Павлюкевич А.В., Шерешик Т.С., Черноокая Т.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель - доктор медицинских наук, доцент Шейбак Л.Н.  
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Гродно»*

*Научные руководители - кандидат медицинских наук Бут-Гусаим Л.С.;  
кандидат медицинских наук Нечипоренко А.Н.*

Отрицательное влияние острого пиелонефрита у женщин на течение беременности, родов и состояние новорожденных уже хорошо известно. Однако частота и тяжесть акушерских осложнений и патологических состояний новорожденных остаются неуточненными и, по данным различных авторов, отмечаются с неодинаковой частотой. В связи с этим изучение вопроса остается актуальной проблемой клинического акушерства и неонатологии.

**Цель исследования.** Анализ особенностей влияния острого пиелонефрита на течение беременности, родов и состояние новорожденных.

**Материал и методы.** Проведен анализ историй родов 50 женщин, перенесших атаку острого пиелонефрита в различные сроки беременности и находившихся на стационарном лечении в урологическом отделении БСМП, а также 50 историй развития их новорожденных детей.

**Результаты и обсуждение.** Все беременные при развитии острого пиелонефрита были госпитализированы в урологическое отделение, где диагноз острого пиелонефрита был подтвержден клинически, лабораторно и данными УЗИ. Острый серозный пиелонефрит был диагностирован у 48 (96%), острый гнойный пиелонефрит - у 2 (4%). Нарушение оттока мочи из пораженной почки, по данным УЗИ, имело место у 18. Пациентки получали лечение в виде позиционной терапии, восстановления оттока мочи из пораженной почки катетеризацией лоханки или установкой внутреннего стента. Антибактериальная терапия проводилась с учетом срока беременности и чувствительности к антибиотикам. Купировать атаку острого пиелонефрита удалось у 48 женщин (96%). У 2(4%) больных лечение оказалось неэффективным и, соответственно, выполнено хирургическое вмешательство в виде нефростомии и декапсуляции.

У 47 (94%) женщин беременность закончилась срочными родами, у 2 (4%) роды были преждевременными и у 1 (2%) произошла гибель плода. У 19 (38%) беременных произошло преждевременное или раннее излитие околоплодных вод. 12 (24%) женщин поступили для родоразрешения с анемией различной степени. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена у 10 (20%). У 10 (20%) женщин проведено родоразрешение путем кесарева сечения по акушерским показаниям.

У 13 (26%) новорожденных в ранний неонатальный период выявлены синдром внутриутробного инфицирования, врожденный везикулез, врожденная пневмония. 8 детей переведены в ГОДКБ для дальнейшего лечения.

## **Выводы:**

1. Наиболее частым акушерским осложнением, к которому приводит острый пиелонефрит, является преждевременное и раннее излитие околоплодных вод.
2. У новорожденных детей от матерей с пиелонефритом в период беременности в 26% случаев диагностируется внутриутробное инфицирование.

3. Профилактика острого пиелонефрита у беременных является залогом снижения частоты акушерских осложнений и заболеваемости новорожденных.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В АКСИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У СТУДЕНТОВ ГГМУ РАЗЛИЧНОГО ПОЛА**

*Пальцева Л.И., Краева М.С., Козляк Н.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

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

Температура тела человека является лабильной константой. Даже в термонеutralных условиях различия температур во внутренних областях составляют 0,2-1,2°C. Известно, что „температурный портрет” изменяется при различных заболеваниях [Ammer K. et al., 2001], при болевом синдроме [Herry C.L. et al., 2004]. Изучалось влияние психорелаксации на температуру тела [Семененя И.Н. и др., 2007]. По мнению одних авторов, у здорового человека температура кожи представляет собой контрлатеральную симметрию [Herry C.L. et al., 2004]. Ряд работ указывают на наличие асимметрии температуры кожи пальцев рук [Kagan J. et al., 2000] и внутриушной температуры [Heusch A.I. et al., 2005]. Асимметрия аксиллярной температуры встречается весьма часто (54%), при этом слева она несколько выше, чем справа [Туркина Н.В., Неверова А.В. 2006]. Приводятся данные, что при измерении медицинским термометром она составляет 0,1°C у лиц мужского пола [Усенко Г.А. и др., 2002]. Целью данной работы является исследование асимметрии температуры тела в аксиллярной области, а также ряда антропометрических показателей и статуса вегетативной нервной системы (ВНС).

Исследования проводились на студентах второго курса. Обследовано 346 студентов: 253 женского пола и 93 – мужского в возрасте 19-20 лет. Температура тела измерялась в аксиллярной области справа и слева электронным термометром МТ 1671 (фирма «Микролайф», Швейцария). Измерения проводились однократно, ежедневно, в 11.00. Одновременно регистрировались возраст, а также измерялись рост, вес, толщина жировой складки на животе. Затем рассчитывался должный вес тела с учетом возраста и роста (индекс Контракс-1) для выявления избытка или недостатка массы тела. Для определения статуса ВНС проводилась ортостатическая проба (рефлекс Превеля), рассчитывался вегетативный индекс Кердо и проводилась оценка вегетативного статуса с помощью оценочной таблицы. Статистическую обработку значений осуществляли, используя t-критерий Стьюдента.

В полученных нами результатах значения температуры слева и справа у лиц мужского пола составляют:  $36,28 \pm 0,04^\circ\text{C}$  (слева) и  $36,32 \pm 0,04^\circ\text{C}$  (справа); у лиц женского пола, соответственно,  $36,12 \pm 0,03^\circ\text{C}$  и  $36,10 \pm 0,03^\circ\text{C}$ , что свидетельствует об отсутствии аксиллярной температурной асимметрии. По результатам антропометрического исследования все студенты были разделены на 5 групп: 1 – с нормальной массой тела: 29 (31.2%) и 78 (30.8%); 2 – с избытком массы тела более 5% от должной массы тела: 46 (49.5%) и 128 (50.6%); 3 – с избытком массы тела более 10% от д.м.т.: 29 (31.2%) и 80 (31.6%); 4 – с недостатком массы тела менее 5% от д. м.т.: 18 (19.4%) и 46 (18.2%); 5 – с недостатком массы тела менее 10% от д. м.т.: 12 (12.9%) и 21 (8.3%) лиц мужского и женского пола, соответственно. В выделенных группах также не обнаружено существенных различий значений аксиллярной температуры слева и справа. В зависимости от преобладания состояния ВНС студенты были разделены на 3 группы: 1 – с преобладанием статуса симпатической вегетативной нервной системы: 9 (9.7%) и 48 (19.0%); 2 – с преобладанием статуса парасимпатической вегетативной нервной системы: 8 (8.6%) и 12 (4.7%); 3 – нормотоники: 76 (81.7%) и 193 (76.3%),

соответственно, лиц мужского и женского пола. Показатели температур в подмышечной впадине слева и справа в выделенных группах не отличались, но обнаружено, что у лиц женского пола с преобладанием статуса ПНС температура слева выше, чем у нормотоников ( $36,44 \pm 0,012$  °C до  $36,09 \pm 0,04$  °C,  $p < 0,05$ ). Таким образом, проведенные нами исследования позволяют констатировать факт отсутствия асимметрии температуры тела в аксиллярной области у лиц мужского и женского пола, независимо от антропометрических показателей и состояния ВНС.

## ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ

*Пальцева Л.И., Краева М.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

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

Кислотно-основное состояние (КОС), газовый состав крови (ГСК) в период внутриутробного развития поддерживается через сосудистую систему мать-плацента-плод. Артериальная кровь из пупочных сосудов здоровых детей при рождении характеризуется величиной –  $pH = 7,33 \pm 0,01$  ед.,  $pO_2 = 33,8 \pm 3,0$  мм рт.ст.,  $pCO_2 = 36,1 \pm 0,9$  мм рт.ст.,  $HCO_3^- = 18,6 \pm 0,4$  ммоль/л.,  $BE = -6,6 \pm 0,6$  ммоль/л. В венозной крови наиболее значимо – в среднем на 44% снижено  $pO_2$  и на 28% увеличено  $pCO_2$  [Потапова Т.А., 2007]. В артериальной и венозной крови содержится практически одинаковое количество гемоглобина  $146,1 \pm 3,2$  г/л и одинаковая кислородная емкость крови – около 20 об%. При этом в артериальной крови содержится  $HbCO = 4,0 \pm 0,3$  г/л,  $HbMet = 0,4 \pm 0,03$  г/л, в венозной –  $3,0 \pm 0,2$  г/л и  $0,9 \pm 0,1$  г/л, соответственно. При развитии фетоплацентарной недостаточности показатели КОС свидетельствуют о наличии метаболического ацидоза, доказательством которого является низкое значение  $pH$  ( $7,06 \pm 0,01$  ед. и  $7,10 \pm 0,4$  ед.,  $\Delta pH = 0,04$  ед.), выраженное повышение напряжения  $pCO_2$  ( $63,1 \pm 0,02$  и  $74,1 \pm 0,5$  мм рт.ст.), увеличение дефицита оснований ( $BE = 16,1 \pm 1,6$  и  $17,4 \pm 1,1$ ) и снижение количества буферных оснований ( $BB = 29,1 \pm 0,12$  и  $27,4 \pm 0,15$ ) в вене и артерии пуповины, соответственно. Незначительные различия в напряжении  $O_2$  между артерией ( $24,5 \pm 0,15$  мм рт.ст.) и веной пуповины ( $22,7 \pm 0,62$  мм рт.ст.,  $\Delta pO_2 = 1,8$ ) связаны с нарушением способности тканей плода утилизировать кислород и в связи с накоплением углекислоты как продукта анаэробного гликолиза [Бычкова А.Б., Радзинский В.Е., 2006]. Однако показатели КОС и ГСК новорожденных по разным источникам литературы отличаются [Эдокова А.Б. и др., 2001; Jozwik M. et al., 2006]. Целью нашей работы является изучение КОС и газового состава крови из сосудов пуповины.

В экспериментах использовали гепаринизированную кровь, забранную из сосудов пуповины новорожденных детей обоего пола до начала легочного дыхания. Забор проб артериальной (из вены пуповины,  $n=10$ ) и венозной (из артерии пуповины,  $n=10$ ) производили последовательно в течение 15-25 с. Новорожденные родились доношенными, в удовлетворительном состоянии, с оценкой по шкале Апгар 7/8-8/8 баллов. Исследования проводились в течение 3-4 часов после забора крови. Показатели КОС и газового состава крови измеряли на микрогазоанализаторе «Synthesis-15» (Instrumentation Laboratory). Статистическую обработку осуществляли, используя t-критерий Стьюдента.

В проведенных нами исследованиях разница по напряжению кислорода ( $\Delta pO_2$ ) в крови пупочных сосудов составила  $6,9 \pm 1,09$  мм рт.ст. ( $p < 0,01$ ). Значения других параметров газового состава крови:  $sO_2$  (степень насыщения крови кислородом),  $cO_2$  (содержание кислорода), как и показатель  $pO_2$ , были больше в артериальной крови

детей при рождении на  $13,37 \pm 3,95\%$  ( $p < 0,05$ ) и на  $3,26 \pm 0,93$  об% ( $p < 0,01$ ), соответственно, по сравнению с венозной пуповинной кровью. Не выявлено существенных различий  $pCO_2$  (парциальное давление углекислого газа), практически нет разницы в значении pH, достоверно не отличаются показатели  $HCO_3^-$  (бикарбонатные ионы) и SBC (стандартный бикарбонат плазмы) в артериальной и венозной пуповинной крови. Но в полученных нами результатах установлено, что значения ABE (действительный избыток оснований) и SBE (концентрация буферных оснований) были на 49,6% ( $p < 0,05$ ) и 48,1% ( $p < 0,05$ ), соответственно, больше в крови из вены пуповины.

Таким образом, кровь из сосудов пуповины характеризуется определёнными значениями КОС,  $pO_2$ ,  $sO_2$ , содержанием кислорода в артерии и вене, что существенно отличает её от крови взрослого человека, и это обусловлено спецификой кровотока на уровне системы мать-плацента-плод, позволяющей обеспечивать достаточное поступление кислорода к плоду для его нормального развития.

## **О БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИКОРАСТУЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В НАПРЯЖЕННОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СРЕДЕ ОБИТАНИЯ**

***Парамонова Р.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

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

С исторических времен человека окружал богатый и разнообразный мир растений, среди которых были найдены представители, обладающие целебными свойствами. Сейчас интерес к фототерапии получил новый виток развития из-за роста аллергических и токсических реакций у людей в ответ на применение синтетических препаратов. В мире уже более трети лекарств производится из растительного сырья, и в дальнейшем масштабы использования его будут непрерывно возрастать. Но в связи со значительным антропогенным воздействием на природную среду и ухудшением экологической обстановки идет сокращение ареалов обитания и численности ряда дикорастущих лекарственных растений, а также появляется опасность их загрязнения различными химическими и радиоактивными веществами. Поэтому перед обществом в настоящее время стоит очень важная и ответственная задача по сохранению редких и исчезающих видов лекарственных растений, а также защите их от загрязнителей.

В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования был анализ путей получения экологически чистого растительного сырья, возможностей сохранения и увеличения численности редких и исчезающих видов дикорастущих лекарственных растений в напряженной экологической среде обитания.

В настоящее время известно более 4 миллионов веществ – загрязнителей окружающей среды (воздуха, воды, почвы). Наиболее опасными из них в токсикологическом отношении являются полициклические ароматические углеводороды, металлы (стронций, алюминий, никель, свинец, медь, цинк, железо, и др.), нитраты (селитры, мочевины, аммофос, и др.), пестициды и радионуклиды (стронций-90, цезий-137 и др.). Установлено, что концентраторами токсических веществ могут быть такие лекарственные растения, как земляника, крапива, мать-и-мачеха, пижма, подорожник, полынь, пустырник, тысячелистник. При этом наибольшее накопление загрязнителей происходит в растениях, образующих густые заросли, имеющих крупные или сильно опушенные листовые пластинки, либо собранные в прикорневой розетке листья.



Следует отметить, что в существующей нормативной документации на лекарственное растительное сырье в настоящее время отсутствуют показатели, характеризующие нормы допустимого и безопасного содержания вредных веществ, за исключением норм на радиоактивное загрязнение. Хотя для большинства пищевых растительных продуктов такие нормы (временно допустимые уровни или предельно допустимые концентрации) разработаны. С учетом данного обстоятельства сбор и заготовка лекарственных растений должны проводиться всегда только на экологически чистых территориях. Иначе фитопрепараты, полученные из загрязненного лекарственного сырья, могут быть источником поступления ксенобиотиков в организм человека и вызывать серьезные нарушения в работе различных органов и систем.

Для контроля за исчезающими видами лекарственных растений во многих странах мира, в том числе в Беларуси, широко используются Красные книги и Красные списки. Одна из главных задач их заключается в обеспечении широкого доступа населения к информации о тех видах, которые подвергаются наиболее высокому риску исчезновения и нуждаются в охране.

Проведенный нами по материалам третьего издания анализ причин занесения лекарственных растений в Красную книгу Беларуси показал, что основным фактором угрозы их исчезновения является хозяйственная деятельность человека. В связи с чем охрана редких видов лекарственных растений может быть решена в настоящее время путем устройства заповедников, заказников и памятников природы; прекращением заготовок видов, численность которых резко уменьшилась; снижением объемов заготовок ценных растений; введением редких видов в культуру; рациональным использованием лекарственного сырья.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ**

***Парамонова Р.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь.*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель – профессор, д.м.н. Сияева Н.Ф.*

Ретинобластома - наиболее частая внутриглазная опухоль у детей младшего возраста, это быстро растущая опухоль эмбрионального типа, исходящая из незрелой сетчатки нейробластомы. Раннее адекватное лечение существенно сказывается на прогнозе. При строго интраокулярной локализации опухоли выздоровление наступает более чем в 90% случаев. Однако диагностика часто запаздывает, так как педиатры, наблюдающие детей младшего возраста, недостаточно знакомы с проблемой и с запозданием направляют детей на радиологическое обследование и в специализированный центр. В Республике Беларусь за последние 5 лет зарегистрировано 13 случаев ретинобластомы у детей, из них 8 проживали в Гродненской области и поступили в РНПЦ ДОГ в поздней стадии.

**Цель исследования:** определить клинико-морфологические особенности ретинобластомы у детей Гродненской области.

**Объект и методы исследования.** Объектом исследования служили истории болезни, карты индивидуального развития ребенка (форма 112), выписки из РНПЦ ДОГ, протоколы патологоанатомического вскрытия.

**Результаты исследования.** Все дети на момент установления диагноза были в возрасте до 3 лет. У 6 (75%) опухоль была односторонней, у 2-х детей были поражены оба глаза. Известно, что ретинобластома может быть как наследственным заболеванием, так и спорадически возникшей опухолью. В 100% анализируемых случаев не отмечалось наследственной отягощенности. Самым частым первым



симптомом ретинобластомы является лейкокория. Зрачковый рефлекс не красный, как обычно, а белый (амавротический кошачий глаз). При изучении анамнеза детей с ретинобластомой выяснено, что родители 5 детей (62%) заметили расширение и светловатое свечение зрачка самостоятельно, обратились за помощью к педиатру по месту жительства. Однако диагноз не был установлен и дети продолжали наблюдаться амбулаторно, без специализированного обследования. В течение полугода 4 детей стали жаловаться на боль в глазах, у 2-х мать заметила отечность глаз, а через неделю появился двусторонний экзофтальм. Дети стали беспокойными, перестали ходить, отказались от еды. Родители 3-х детей обратились к окулисту, сделана офтальмоскопия: OD и OS – спонтанный мидриаз, буфтальм, мегалокорнея. Гигантская опухоль с кальцинатами, эндо- и экзофитный рост. Тотальная отслойка сетчатки, направлены в РНПЦ ДОГ.

Все дети, несмотря на проводимую терапию, погибли. При патологоанатомическом исследовании диагноз ретинобластомы подтвержден. Цитологически у 5-ти детей была низкодифференцированная опухоль с мелкими круглыми нейробластами с большим гиперхромным ядром и небольшим объемом цитоплазмы. У 3-х пациентов гистологически обнаружены розетки Флекснер-Винтерштайна и флоретки, что характерно для зрелой ретинобластомы.

Таким образом, так как ретинобластома является одной из наиболее частых внутриглазных опухолей у детей младшего возраста, при диспансерных педиатрических осмотрах необходимо обращать внимание на изменение цвета зрачка, радужки, косоглазие, уменьшение размеров глаза. Педиатры должны тщательно собирать онкологический анамнез и направлять детей из семей высокого риска на консультацию к офтальмологу.

## **НАРУШЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Пелеса Е.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор В.А. Снежицкий*

Сердечно-сосудистая система (ССС) человека имеет наиболее четкую циркадную организацию. Такие ее параметры, как артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) и вариабельность сердечного ритма (ВСР) характеризуются специфичностью биоритмов, нарушение которой часто выявляется при различных патологических состояниях организма, включая заболевания ССС. Особое внимание уделяется изменениям в циркадной организации сердечной деятельности у больных артериальной гипертензией (АГ). У таких больных особенно важен утренний период, поскольку нарушенные у них циркадные ритмы ЧСС и АД являются специфическими «триггерами» сердечно-сосудистых катастроф.

**Цель.** Изучить скорость утреннего подъема ЧСС у больных АГ и возможность применения данного показателя для оценки нарушения циркадного ритма ЧСС у пациентов с данной нозологией.

**Материал и методы.** Обследовано 44 пациента, из них 30 пациентов больных АГ II степени (группа 1, средний возраст  $46,0 \pm 9,4$  лет) и 14 здоровых обследуемых (группа 2, средний возраст  $39,1 \pm 5,3$  лет).

Всем пациентам проводили суточное мониторирование электрокардиограммы на 3 канальном кардиомониторе «Кардиотехника-04-АД-3» Инкарт, г. Санкт-Петербург, с последующей обработкой результатов. Мониторирование проводили в условиях

свободного двигательного режима, с ведением дневника наблюдения. Отдельно, согласно дневнику пациента, оценивали момент пробуждения и утренний период сразу же после него. Определяли минимальную ЧСС непосредственно перед пробуждением, максимальную ЧСС после пробуждения в 15-минутном периоде, а также время достижения максимальной ЧСС в течение первых 15 минут после пробуждения. Скорость утреннего подъема ЧСС вычисляли как разницу между максимальной ЧСС в 15-минутном интервале после пробуждения и минимальной ЧСС непосредственно перед пробуждением, деленную на время достижения максимальной ЧСС.

**Результаты.** Выявлено, что скорость утреннего подъема ЧСС сразу же после пробуждения выше в группе больных АГ по сравнению со здоровыми обследуемыми ( $16,9 \pm 6,39$  уд/мин и  $8,91 \pm 3,21$  уд/мин, соответственно,  $p < 0,0001$ ). При подробном анализе значений скорости утреннего подъема ЧСС у больных АГ выявлена неоднородность группы (подгруппа А и Б). У 26% больных АГ (подгруппа Б) данный показатель находился в диапазоне нормальных значений, не отличающихся в сравнении с таковыми в группе здоровых обследуемых ( $9,82 \pm 1,34$  уд/мин и  $8,91 \pm 3,21$  уд/мин, соответственно,  $p = 0,33$ ). Подгруппа А составила 84% больных АГ, и характеризовалась значительно большей реактивностью ЧСС после пробуждения в сравнении с подгруппой Б и здоровыми пациентами ( $19,54 \pm 5,42$  уд/мин,  $9,82 \pm 1,34$  уд/мин и  $8,91 \pm 3,21$  уд/мин, соответственно,  $p < 0,0001$ ,  $p < 0,000001$ ), что указывало на нарушение циркадного ритма ЧСС в данной подгруппе.

**Выводы.** 1. У больных АГ скорость утреннего подъема ЧСС после пробуждения выше, чем в группе здоровых обследуемых. 2. У преобладающего большинства больных АГ отмечается нарушение циркадного ритма ЧСС, отражающее ее большую реактивность в утренний период после пробуждения. 3. Скорость утреннего подъема ЧСС может быть использована для оценки нарушения циркадного ритма ЧСС у больных АГ.

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТИ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПЕРИОД НОЧНОГО СНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПАРОКСИЗМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ**

*Пелеса Е.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор В.А. Снежицкий*

Одной из ведущих причин возникновения пароксизмальной мерцательной аритмии (ПМА) является артериальная гипертензия (АГ). Вместе они вносят существенный «вклад» в формирование смертности от сердечно-сосудистой патологии, являясь первоочередными поставщиками кардиоваскулярных и цереброваскулярных осложнений.

В связи с этим, изучение хронобиологических аспектов параметров сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных АГ и АГ с ПМА приобретает немаловажное значение.

Одним из важнейших параметров СССР является частота сердечных сокращений (ЧСС). Это независимый фактор риска развития и осложнения течения ишемической болезни сердца и в ряда других сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому изучение изменчивости ЧСС в течение суток, с подробным анализом ее реактивности в период сна и ранний предутренний период, может стать важным и достаточно информативным для более полной оценки циркадных ритмов сердечной деятельности у больных АГ и

АГ с ПМА.

**Цель.** Изучить реактивность ЧСС в период ночного сна у больных АГ с ПМА и возможности применения полученных результатов для более полной оценки циркадного ритма сердечной деятельности.

**Материал и методы.** Обследовано 64 пациента, из них 28 пациентов с АГ II степени (группа 1, средний возраст  $46,0 \pm 9,2$  лет), 22 пациента больных АГ с ПМА (группа 2, средний возраст  $52,3 \pm 5,7$  лет) и 14 здоровых обследуемых (группа 3, средний возраст  $39,1 \pm 5,3$  лет).

Всем пациентам проводили суточное мониторирование электрокардиограммы на 3 канальном кардиомониторе «Кардиотехника-04-АД-3» Инкарт, г. Санкт-Петербург, с последующей обработкой результатов. Мониторирование проводили в условиях свободного двигательного режима, с ведением дневника наблюдения.

На суточных трендах ЧСС с усреднением ЧСС за 1 минуту и за 10 секунд, оценивали период сна индивидуально, согласно дневнику пациента. Определяли длительность ночного сна в часах и количество внезапных подъемов ЧСС более чем на 10 ударов в минуту («всплесков») за весь период ночного сна. На основании полученных показателей вычисляли среднее число «всплесков» ЧСС в час как отношение количества «всплесков» ЧСС за период ночного сна к его длительности в часах. Полученные результаты обрабатывались с помощью вариационной статистики (пакет STATISTICA 6.0).

**Результаты.** Выявлено, что у больных АГ с ПМА реактивность ЧСС в период ночного сна ниже, чем у больных АГ и здоровых обследуемых. Об этом свидетельствовало меньшее число «всплесков» ЧСС за ночь (группа 2 =  $15,3 \pm 2,3$ , группа 1 =  $20,3 \pm 4,5$ , группа 3 =  $21,2 \pm 3,4$ , соответственно,  $p < 0,0001$ ,  $p < 0,00001$ ), а также меньшее количество «всплесков» в час (группа 2 =  $1,93 \pm 0,37$ , группа 1 =  $2,6 \pm 0,9$ , группа 3 =  $2,7 \pm 0,29$ , соответственно,  $p < 0,0001$ ,  $p < 0,0000$ ) в группе пациентов с данной нозологией. У больных АГ реактивность ЧСС в период ночного сна существенно не отличалась от группы здоровых обследуемых - число «всплесков» ЧСС за ночь -  $20,3 \pm 4,5$ ,  $21,2 \pm 3,4$ , соответственно,  $p = 0,53$ , и количество «всплесков» в час -  $2,6 \pm 0,9$ ,  $2,7 \pm 0,29$ , соответственно,  $p = 0,8$ .

**Выводы.** У больных АГ с ПМА отмечается меньшее число «всплесков» ЧСС за период ночного сна, а также меньшее количество «всплесков» в час, что может свидетельствовать о меньшей реактивности ЧСС в период ночного сна и более выраженном нарушении циркадного ритма ЧСС у больных АГ с присоединением ПМА.

## **ОЦЕНКА РЕАКТИВНОСТИ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПРЕДУТРЕННИЙ ПЕРИОД У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

***Пелеса Е.С., Шпак Н.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Снежицкий В.А.*

Установлена тесная взаимосвязь возникновения жизнеугрожающих заболеваний (инфаркта миокарда, инсульта, пароксизмальных нарушений ритма, брадиаритмий) с определенным временем суток. Так, например, выявлена тесная связь различных сердечных аритмий с фазами сна. Немаловажная роль отводится также предутреннему и раннему утреннему периодам, «богатым» на инфаркты и инсульты, что обуславливает повышенный интерес к изучению динамики частоты сердечных

сокращений (ЧСС) в эти периоды.

**Цель.** Определение реактивности ЧСС в предутренний период у пациентов с различной сердечно-сосудистой патологией.

**Материал и методы.** С помощью суточного мониторирования электрокардиограммы обследовано 79 пациентов, из них 28 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) II степени (группа 1, средний возраст  $46,0 \pm 9,2$  лет), 22 пациента с АГ и пароксизмальной мерцательной аритмией (ПМА) (группа 2, средний возраст  $52,3 \pm 5,7$  лет), 15 больных с синдромом тахикардии-брадикардии (группа 3, средний возраст  $68,9 \pm 7,4$  лет) и 14 здоровых обследуемых (группа 4, средний возраст  $39,1 \pm 5,3$  лет). Построение суточных трендов ЧСС осуществлялось в автоматическом режиме с усреднением ЧСС за 1 минуту и за 10 секунд. Отдельно оценивали период сна индивидуально, согласно дневнику пациента. Определяли количество внезапных подъемов ЧСС более чем на 10 ударов в минуту («всплесков») отдельно за 1, 2 и 3 часа до утреннего пробуждения (предутренний период).

Полученные результаты обрабатывались с помощью вариационной статистики (пакет STATISTICA 6.0).

**Результаты и обсуждение.** При анализе полученных данных у больных с синдромом тахикардии-брадикардии выявлена наименьшая реактивность ЧСС за 1, 2 и 3 часа до пробуждения по сравнению со здоровыми обследуемыми, пациентами с АГ, а также больными АГ с ПМА. Об этом свидетельствовало меньшее количество «всплесков» ЧСС за 1 час до пробуждения (группа 3 =  $0,93 \pm 0,8$ , группа 4 =  $3,6 \pm 1,2$ , группа 1 =  $3,5 \pm 1,4$ , группа 2 =  $2,2 \pm 1,0$ , соответственно,  $p < 0,00001$ ,  $p < 0,00001$ ,  $p < 0,001$ ), за 2 часа до пробуждения (группа 3 =  $1,93 \pm 1,2$ , группа 4 =  $6,6 \pm 0,9$ , группа 1 =  $6,3 \pm 1,8$ , группа 2 =  $4,8 \pm 1,6$ , соответственно,  $p < 0,00001$ ,  $p < 0,00001$ ,  $p < 0,00001$ ) и за 3 часа до пробуждения (группа 3 =  $2,9 \pm 1,4$ , группа 4 =  $9,2 \pm 1,1$ , группа 1 =  $9,1 \pm 2,1$ , группа 2 =  $7,0 \pm 2,1$ , соответственно,  $p < 0,00001$ ,  $p < 0,00001$ ,  $p < 0,00001$ ) у больных с синдромом тахикардии-брадикардии. В группе больных АГ динамика ЧСС за 1, 2 и 3 часа до пробуждения различалась недостоверно с группой здоровых пациентов. При присоединении к АГ ПМА отмечено уменьшение количества всплесков за 1 час до пробуждения (группа 2 =  $2,2 \pm 1,0$ , группа 1 =  $3,5 \pm 1,4$ , группа 4 =  $3,6 \pm 1,2$ , соответственно,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ), за 2 часа (группа 2 =  $4,8 \pm 1,6$ , группа 1 =  $6,3 \pm 1,8$ , группа 4 =  $6,6 \pm 0,9$ , соответственно,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$ ) и за 3 часа до пробуждения (группа 2 =  $7,0 \pm 2,1$ , группа 1 =  $9,1 \pm 2,1$ , группа 4 =  $9,2 \pm 1,1$ , соответственно,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ) по сравнению с больными АГ и здоровыми обследуемыми.

**Выводы.** 1. Реактивность ЧСС в предутренний период отличается у пациентов с различной сердечно-сосудистой патологией. 2. У пациентов с синдромом тахикардии-брадикардии наблюдается выраженное снижение реактивности ЧСС в предутренний период. 3. У пациентов с АГ и ПМА выявлено снижение реактивности ЧСС с присоединением ПМА к АГ. 4. У пациентов с АГ II степени реактивность ЧСС в предутренний период незначительно отличается от таковой у здоровых обследуемых.

## **ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ В ОЦЕНКЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

***Пелеса Е.С., Шпак Н.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Снежицкий В.А.*

Частота сердечных сокращений (ЧСС) является не только физиологическим



критерием функциональных резервов организма человека, но и весомым независимым предиктором возникновения сердечно-сосудистых катастроф. Изучение изменчивости ЧСС в течение суток, с подробным анализом ее реактивности в период сна и ранний предутренний период, может стать достаточно информативным для более полной оценки циркадных ритмов сердечной деятельности.

**Цель.** Определение реактивности ЧСС в период ночного сна и ранний предутренний период у здоровых обследуемых, а также у пациентов с пароксизмами фибрилляции предсердий, и возможности применения полученных результатов для оценки циркадного ритма сердечной деятельности.

**Материал и методы.** Обследовано 32 пациента, из них 19 здоровых обследуемых (группа 1, средний возраст  $36,0 \pm 7,05$  лет) и 13 пациентов – с пароксизмами фибрилляции предсердий (группа 2, средний возраст  $55,15 \pm 3,91$  лет).

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) на 3 канальном кардиомониторе «Кардиотехника-04-АД-3» Инкарт, г.Санкт-Петербург, с последующей обработкой результатов на соответствующем программном обеспечении.

Построение суточных трендов ЧСС осуществлялось в автоматическом режиме с усреднением ЧСС за 1 минуту и за 10 секунд. Отдельно оценивали период сна индивидуально, согласно дневнику пациента. Определяли длительность ночного сна в часах, количество внезапных подъемов ЧСС более чем на 10 ударов в минуту («всплесков») за весь период ночного сна и отдельно за 1 час до утреннего пробуждения. На основании полученных показателей вычисляли коэффициент «предутренней активации» как отношение числа «всплесков» ЧСС за 1 час до утреннего пробуждения к общему числу «всплесков» за период ночного сна.

Полученные результаты обрабатывались с помощью вариационной статистики (пакет STATISTICA 6.0).

**Результаты и обсуждение.** При анализе полученных данных в группах 1 и 2 выявлена статистически значимая разница по общему числу «всплесков» ЧСС за период ночного сна ( $p < 0,001$ ), по числу «всплесков» ЧСС за 1 час до утреннего пробуждения ( $p < 0,001$ ), а также по коэффициенту «предутренней активации» ( $p < 0,05$ ). У здоровых обследуемых общее число «всплесков» ЧСС за период ночного сна (группа 1 =  $20,42 \pm 3,73$ , группа 2 =  $14,23 \pm 2,8$ ), а также число «всплесков» ЧСС за 1 час до утреннего пробуждения (группа 1 =  $3,74 \pm 1,33$ , группа 2 =  $1,92 \pm 1,04$ ) больше, чем у пациентов с пароксизмами фибрилляции предсердий. Значение коэффициента «предутренней активации» (группа 1 =  $0,19 \pm 0,07$ , группа 2 =  $0,13 \pm 0,07$ ) было отмечено выше у здоровых обследуемых по сравнению с таковым у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий.

#### **Выводы.**

1. Реактивность ЧСС в период ночного сна и ранний предутренний период у здоровых обследуемых выше, чем у пациентов с пароксизмами фибрилляции предсердий.

2. Количество «всплесков» ЧСС за период ночного сна и за 1 час до утреннего пробуждения, а также коэффициент «предутренней активации» могут быть использованы для оценки циркадных ритмов ЧСС как у здоровых пациентов, так и у пациентов с определенной нозологией.



## РОД ХАДКЕВІЧАЎ І БЕРАСТАВІЦА

*Петрулевіч Ю.Я.*

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра гуманітарных навук*

*Навуковы кіраўнік – к.г.н., дацэнт Сіткевіч С.А.*

Мая маленькая радзіма, Бераставіца, мае слаўную гісторыю, якая ўмяшчае ўсё, чым жылі бераставічане на працягу пяці стагоддзяў. Многія выдатныя постаці мінулага і сучаснага ў той ці іншай меры лёсам знітаваны з Бераставіччынай, у тым ліку і прадстаўнікі знакамітага роду Хадкевічаў.

Мэта дадзенай работы – даследаваць род Хадкевічаў, вызначыць самых знакамітых прадстаўнікоў роду, паказаць іх ролю ў гісторыі не толькі бераставіцкіх зямель, але і ўсіх беларускіх зямель XVI-п.XVII ст.

Упамінаецца Бераставіца ўпершыню ў акце 1506 года, які быў выдадзены ў Вільні і захоўваецца цяпер у інстытуце гісторыі Расійскай Акадэміі навук у Санкт-Пецярбургу. У дакуменце гаворыцца, што ў 1506 годзе польскі кароль Аляксандр Ягелончык перадаў прыдворнаму маршалку Аляксандру Хадкевічу людзей і зямельныя ўладанні Рудавы... і тых, “хто ў Бераставіцы сядзіць”. Аб гэтым сведчыць “Даравальная грамата (прывілей) Караля Польскага і Вялікага Князя Літоўскага Аляксандру Хадкевічу на валоданне Вялікай Бераставіцай і іншымі землямі”.

Так Бераставіца стала рэзідэнцыяй буйнага магнацкага роду Хадкевічаў. Продак гэтага роду, як пісаў вядомы гісторык В.Каяловіч, спасылаючыся на паданні, за незвычайную сілу атрымаў прозвішча Барэйка. Ён жыў пры двары Вялікага Князя Літоўскага Віцены і аднойчы на вачах прыдворных перамог у паядынку татарына, сілай яго ганарыўся сам князь. Калі аднойчы на паляванні князь трапіў у багну, Барэйка яго знайшоў і ледзь жывога вынес на сваіх плячах. За гэта ён атрымаў зямельныя ўладанні такога памеру, колькі змог пехатою за дзень абысці. Хадзіў Барэйка вельмі хутка, за гэта далі яму яшчэ адно прозвішча – Ходка. Ад прозвішча гэтага чалавека і пайшла радаслоўная Хадкевічаў – сцвярджае і другі гісторык, граф Станіслаў Касакоўскі.

Хадкевічы – магнатскі род герба “Касцеша” ў Вялікім княстве Літоўскім. Асобныя прадстаўнікі роду карысталіся гербам “Грыф з мячом”. У 2-й палове XVI стагоддзя Хадкевічы перайшлі з праваслаўя ў кальвінізм, а потым у каталіцтва. У 1568 годзе сярэдня галіна роду атрымала графскі тытул Свяшчэннай Рымскай імперыі. Тытул быў прызнаны ў Вялікім княстве Літоўскім.

Пасля далучэння да ВКЛ Інфлянты ў 1566 годзе для новадалучанай зямлі быў створаны адмысловы герб, які ў 1568 годзе быў наданы разам з графскім тытулам Яну Гераніавічу Хадкевічу: “...герб Земли Инфлянтское который есмо за приведенем Его Милости (Хадкевіча) тое Земли до Панства нашего Великого Князства Литовского оной земли дали, то ест Грыфа белого в чертенном (чырвоным) поли в руце правой меч голый держачи...”

Маёнткі Хадкевічаў знаходзіліся на Падляшшы (Заблудаў, Супрасль, Дойліды), у Гарадзенскім павеце (Бераставіца, Рось), Навагародскім павеце (Мыш), Аршанскім павеце (Шклоў, Быхаў), валодаў часткай Глускага маёнтка, Чарнобылем і іншымі. Хадкевічы збіралі бібліятэкі, архівы.

У выніку, можна канстатаваць цесную суязь прадстаўнікоў магнацкага роду з гісторыяй бераставіцкага рэгіёна; іх важную ролю ў гісторыі беларускіх зямель XVI-п.XVII ст. у цэлым.

Літаратура:

1. Памяць: Гіст. – дакум. Хроніка Бераставіцкага р-на. – Мн., 1999.
2. Шаланда А.І. Аб гербе Хадкевічаў. Гістарычнае краязнаўства – дзейсны

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, КАК МЕТОД ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

*Петухов В.С.*

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель - профессор Занько С.Н.*

**Актуальность.** Разработка и совершенствование методов лечения ановуляторного бесплодия продолжает оставаться одной из актуальных задач современной практической гинекологии.

**Целью** настоящего исследования явилось определение эффективности лапароскопических функционально-реконструктивных операций малого таза как метода стимуляции овуляции у женщин с бесплодием.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 116 женщин, страдающих хроническими сальпингоофоритами в возрасте от 18 до 33 лет. Нарушения генеративной функции были выявлены у 86% пациенток (100 женщин), в том числе первичное бесплодие в 35 случаях (31%), вторичное бесплодие в 45 случаях (37%), невынашивание беременности в 20 случаях (18%). Ановуляторный менструальный цикл определялся в 88 случаях (75,9% наблюдений).

**Результаты и их обсуждение.** При ревизии органов малого таза у оперированных больных выявлены патологические изменения внутренних половых органов. В 92% случаев выявлен спаечный процесс малого таза различных стадий. Непроходимость маточных труб определялась у 53% женщин. У 84 (72%) пациенток выявлены: поликистоз яичников у 61 (53%) больной (в большинстве случаев поликистоз был двусторонним), склерокистоз яичников – у 13 (11%), кисты яичников – у 18 (16%), кистомы – у 6 (5%) женщин. Яичники были удалены у 17 больных; при наличии возможности удаления патологического образования в пределах здоровой ткани и в случаях склерокистоза яичников производилась резекция (35 случаев). Демедулляция яичников произведена у 27 женщин с вирильным синдромом при сочетании склеро- и поликистоза яичников. При поликистозе яичников у 61 больной производилась поверхностная каутеризация. В послеоперационном периоде при наличии двухфазного менструального цикла с недостаточностью одной или обеих фаз рекомендовалось использовать синтетические прогестины на протяжении 3-4 менструальных циклов. При выявлении у пациентки ановуляторного менструального цикла со сниженной гонадотропной функцией гипофиза проводилось лечение кломифеном по традиционным схемам. В случае сочетания ановуляторного менструального цикла с дискоординированной гонадотропной функцией гипофиза в начале 3-4 месяца использовались синтетические прогестины с последующим переходом на стимуляцию кломифеном. При использовании комплексного метода лечения спонтанная или индуцированная овуляция констатирована у 85% пациенток.

### **Выводы:**

1. Лапароскопические функционально-реконструктивные операции органов малого таза являются эффективным методом стимуляции овуляции у женщин с бесплодием.

2. Актуальной и важной для клинической практики представляется разработка универсального алгоритма индукции овуляции, с определением в ней места эндоскопической хирургии, эффективной в каждом конкретном случае с учетом временных и экономических критериев.

#### Литература:

1. Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. Хронические воспалительные заболевания придатков матки. – Витебск, 1998, 168 с.
2. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Чагай Н.Б. Ановуляция и инсулинорезистентность. ГЭОТАР-Медиа. 2006. – 416 с.: ил.
3. Назаренко Т.А., Чечурова Т.Н., Дуриян Э.Р. и др. Обоснование дифференцированного подхода к индукции овуляции. // Проблемы репродукции, №3, 2002.
4. Хомасуридзе А.Г., Манушарова Р.А., Чарекишвили Р.Г. и др. Результаты лапароскопического лечения при синдроме поликистозных яичников. // Проблемы репродукции, N5-1998, с. 20-22.

## ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АД НА ПЛЕЧЕ И НА ПАЛЬЦЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

*Печерская М.С.*

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель - д.м.н., профессор Козловский В.И.*

Диагностика патологических ортостатических реакций у больных артериальной гипертензией важна и актуальна. Они ассоциированы с неблагоприятными исходами (инсульты, инфаркты, ТИА, внезапная смерть) у данной категории больных (Оленская Т.Л., Козловский В.И. 2002) Оценка изменений артериального давления в мелких артериолах в покое и во время функциональных тестов является отдельной, малоизученной проблемой. В литературе имеются сведения о регистрации периферического АД с помощью пальцевых измерителей только при суточном мониторингировании АД (Рогоза А.Н.).

**Цель:** изучить особенности изменения АД при измерении на плече и на пальце у больных АГ во время активной ортостатической пробы (АОП).

**Материал и методы исследования.** Обследовано 55 больных АГ, получающих гипотензивную терапию. Исследование выполнялось в первой половине дня через 1,5-2 часа после еды или натошак. Пациент находился в горизонтальном положении 10 минут, АД измерялось одновременно на плече и на указательном пальце. Потом обследуемый в течение 2-3 секунд самостоятельно поднимался, АД и ЧСС регистрировали на 1-й и 5-й минутах вертикального положения. Давление на пальце и ЧСС регистрировали с помощью пальцевого монитора АД Omron F3, АД на плече anerоидным тонометром по методу Короткова. Материал обработан с помощью пакета статистических программ Статистика 6.0. В статье представлены средние данные  $\pm$  стандартное отклонение.

### Изменения ЧСС и АД при измерении на пальце и на плече у больных АГ во время активной ортостатической пробы

|          | ЧСС             | САД на плече     | САД на пальце     | ДАД на плече    | ДАД на пальце    |
|----------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| Гор.пол  | 66,5 $\pm$ 10,2 | 141,5 $\pm$ 18,6 | 120,9 $\pm$ 21,08 | 82,4 $\pm$ 10,1 | 67, 2 $\pm$ 14,8 |
| 1-я мин. | 82,8 $\pm$ 15,1 | 138,8 $\pm$ 19,8 | 121 $\pm$ 14,6    | 83,5 $\pm$ 12,6 | 73,3 $\pm$ 18,1  |
| 5-я мин. | 76,5 $\pm$ 16,3 | 143,4 $\pm$ 18,8 | 124,5 $\pm$ 24,6  | 84,6 $\pm$ 14,1 | 79,5 $\pm$ 18,7  |

**Результаты.** Определено, что у 78,2 % больных артериальной гипертензией давление при измерении на пальце ниже, чем на плече на протяжении всей пробы. У

10,9 % больных эти показатели не отличались. В вертикальном положении у 10,9 % обследуемых отмечено отчетливое повышение давления при измерении на пальце, достигающего одинакового уровня с давлением на плече. Таким образом, показатели давления свидетельствуют о выраженных отличиях в реакции сердечно-сосудистой системы у больных АГ на изменение положения тела, что следует учитывать в лечебных программах.

**Заключение.** У больных АГ выделено 3 типа изменений АД при измерении на плече и на пальце во время активной ортостатической пробы. 1 тип- давление на пальце ниже, чем АД на плече на протяжении всей пробы (78,2 % больных АГ). 2 тип- давление на пальце выше или не отличается от АД на плече на протяжении всей пробы (10,9 %). 3 тип - давление на пальце ниже АД на плече в покое, но в вертикальном положении превышает или не отличается от АД на плече (10,8 %).

Литература:

1. Оленская Т.Л., Козловский В.И. Ортостатическая проба в прогнозе исходов у больных артериальной гипертензией // Стратегия борьбы с артериальной гипертензией и её осложнениями в условиях реформирования здравоохранения: Мат-лы II межд. научно-практ. конф. Витебск, 2002. – С. 59 – 60.

## **ОЦЕНКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Пигалкова Л.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра фтизиатрии с курсом профпатологии*

*Научный руководитель – к.м.н., ассист. Алексо Е.Н.*

Проблема туберкулеза сохраняет свою актуальность для медицины и общества в настоящее время, несмотря даже на тенденцию к стабилизации эпидемиологических показателей в последние годы.

В Республике Беларусь массовая туберкулинодиагностика путем постановки внутрикожной туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ проводится детям с одного года до 18 лет. Целью её является, прежде всего, раннее выявление первичного инфицирования и заболевания туберкулезом этой возрастной категории населения. После 18 лет массовая туберкулинодиагностика не проводится. Однако для полной оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу имеет значение процент инфицированных лиц в различных возрастных группах населения.

По данным ВОЗ, приблизительно 1/3 населения Земли инфицирована микобактерией туберкулеза (МБТ). В широком смысле инфицированные люди являются составной частью резервуара туберкулезной инфекции. Риск развития заболевания у них выше.

В ГрГМУ на кафедре фтизиатрии с курсом профпатологии обучаются студенты 4-го, 5-го и 6-го курсов. Всем им во время обучения ставится проба Манту. Результаты её оценки заносятся в учебные журналы. Таким образом, за последние три учебных года (2004/05, 2005/06 и 2006/07) проба была поставлена 927 студентам, в том числе 26 студентам – иностранцам, обучающимся в университете.

**Цель данной работы:** изучить инфицированность МБТ студентов 4-го, 5-го и 6-го курсов Гродненского медуниверситета в период с 2004 по 2006 год.

Оценка реакции на пробу Манту проводилась по стандартным критериям. Неинфицированными считались студенты с отрицательной либо сомнительной реакцией. Студенты с положительной или гиперергической реакцией являются инфицированными.



Как положительный факт, надо отметить возрастание удельного веса неинфицированных студентов с 24,7% в 2004 году до 29,5% в 2006 году.

При анализе инфицированности по курсам установлен более высокий удельный вес инфицированных студентов на 6 курсе (в среднем за три года 76,9%) в сравнении с четвертым курсом (70,3%). На пятом курсе педиатрического факультета процент инфицированных лиц составил в среднем 76,5%. Из 26 студентов – иностранцев удельный вес инфицированных был ниже и составил 33,3% в 2004 году и 45% в 2006 году.

Незначителен удельный вес студентов с гиперергической реакцией Манту. Он был 0,3% в 2004 г., возрос до 1,4% в 2005 г. и составил 0,9% в 2006 году.

Средний размер папулы при нормергической реакции у студентов 4-го, 5-го и 6-го курсов увеличился в 2006 году в сравнении с 2004 годом, соответственно, на 4%, 13% и 14%. В 2006 году увеличилось число лиц с размером папулы 20-21 мм, что является верхней границей нормергической реакции. Таких студентов в 2004 году было 2%, всего 0,3% в 2005 году и их число выросло до 4,6% в 2006 году.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о высокой инфицированности МБТ студентов всех обследованных курсов. Инфицированность студентов увеличивается с возрастом (выше на 6-м курсе, чем на 4-м). Удельный вес инфицированных среди студентов отделения иностранных студентов ниже, чем среди белорусских студентов.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУССКИХ И ФРАНЦУЗСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ С КОМПОНЕНТОМ ТОПОНИМОМ

*Пигалкова Л.Г.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Бавтрушева М.В.*

**Объект исследования.** В данной работе рассматриваются русские и французские фразеологические единицы с общим компонентом-топонимом.

**Цель исследования.** Провести сравнительный анализ русских и французских фразеологических единиц с компонентом топонимом, выявить сходство и различия между ними, выделить и изучить полные и частичные эквиваленты, определить специфику эквивалентности в данной сфере языковых единиц. Рассмотреть различные приёмы перевода фразеологических единиц с точки зрения особенностей самих фразеологизмов.

**Методы исследования.** При подготовке работы проводилась выборка материала, были использованы сравнительный и сопоставительный анализ русских и французских фразеологических единиц с компонентом топонимом. Поскольку различные исследователи, сопоставляя фразеологизмы разных языков, выделяют неодинаковые аспекты фразеологических эквивалентов, нами была подробно рассмотрена классификация Л.К. Байрамовой, которая выделяет абсолютно тождественные фразеологические эквиваленты; полные фразеологические эквиваленты; неполные, или частичные, фразеологические эквиваленты; фразеологические аналоги; фразеологические полукальки; заимствованные фразеологизмы.

**Выводы.** Расхождения русских и французских фразеологических единиц касается их структурно-грамматической организации, а также расхождения наблюдаются и в области синтаксиса, главным образом, в порядке слов. Во

фразеологических единицах французского и русского языков заметны и стилистические расхождения.

Практическая значимость. Результаты данного исследования могут найти применение в вузовской практике при работе со студентами-филологами, а именно использоваться на занятиях по русской и французской лексикологии при изучении тематического блока «Фразеология», по общему языкознанию, лингвокультурологии, теории перевода и теории межкультурной коммуникации.

Литература:

1. Ашукин Н.С. Крылатые слова: литературные цитаты; образные выражения / Н.С.Ашукин, М.Г.Ашукина. – М.: Худ. лит., 1987.- 528 с.
2. Байрамова Л.К. Фразеология в произведениях В.И.Ленина и принципы ее перевода на татарский язык: Автореф. дис... д-ра филол. наук / Л.К.Байрамова; Ин-т русского языка АН СССР.– М., 1983.– 34 с.
3. Универсальный фразеологический словарь русского языка. – М.: Вече, 2001. – 464 с.
4. Французско-русский фразеологический словарь / Под ред. Я.И.Рецкера.- М.: Рос. изд-во иностр. и нац. словарей, 1963. – 1112 с.
5. Ashraf M. Dictionnaire des expressions idiomatiques françaises / M.Ashraf, D.Miannay. – Paris, 1995. – 414 p.
6. Gagnière C. Pour tout l'or des mots: Au bonheur des mots; Des mots et merveilles / C.Gagnière.- Paris, 1997.- 1066 p.
7. Rat M. Dictionnaire des expressions et locutions traditionnelles / M.Rat. – Paris, 1999. – 446 p.
8. Rey A. Dictionnaire des expressions et locutions / A.Rey, S.Chantreau. – Paris, 1997. – 1084 p.

## **ОСОБЕННОСТЬ СЕРДЕЧНОГО ИНДЕКСА И ОБЪЁМНОЙ СКОРОСТИ ИЗГНАНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ ЮНОШЕЙ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ**

***Пикиреня В.И., Епифанов М.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Емельянчик Ю.М.*

Сложный комплекс взаимоотношений возрастных и адаптационных изменений системы кровообращения направлен на поддержание необходимого уровня сердечного выброса, главным образом, объёмной скорости изгнания. Этот параметр является интегральным для характеристики гемодинамики в целом и важным критерием адаптации к нагрузке. Исходя из этих положений, мы провели изучение взаимосвязи объёмной скорости кровотока и сердечного индекса с типом гемодинамики. Таким образом цель нашей работы – провести сравнительный анализ сердечного индекса и объёмной скорости изгнания и типов гемодинамики у учащихся юношей средней школы.

Работа выполнена при помощи реографического методов обследования 91 юноши, в возрасте 14-16 лет, которые являются учащимися средней школы №19 г. Гродно. Тип гемодинамики определяем реографическим методом при помощи автоматизированной системы "Ирина". Для этого в компьютер вводят необходимые данные обследуемого пациента (фамилию с инициалами, пол, возраст, величину артериального давления, рост и вес), предварительно наложив специальные электроды для записи реограммы и ЭКГ. Затем, произведя калибровку прибора, мы можем

получить на экране прибора одновременный ввод двух реографических и одного ЭКГ-сигналов. Далее прибор может произвести автоматизированный расчет основных показателей реографической кривой (сердечного индекса, объемной скорости изгнания), на основании которых производится автоматическое определение типов гемодинамики. При этом выделяют три основных типа: эукинетический, гиперкинетический и гипокинетический. Каждый из них, в свою очередь, подразделяется на ряд подтипов.

В результате проведенного исследования было установлено, что преобладающими типами кровообращения у учеников мужского пола средней школы был эукинетический, у которого сердечный индекс был несколько выше нормы и составил  $3,23 \pm 0,11$  л/мин·м<sup>2</sup> (в норме сердечный индекс 2,87-3,38 л/мин·м<sup>2</sup>), а объемная скорость изгнания соответствовала норме и была  $303,47 \pm 14,06$  мл/с (в норме объемная скорость изгнания 220-400 мл/с). Эти показатели нормы согласуются с данными С.В.Пономаренко и В.Ф.Маркина [1]. На втором месте по встречаемости был гиперкинетический тип, у которого сердечный индекс был значительно выше нормы и составил  $4,79 \pm 0,36$  л/мин·м<sup>2</sup>, а объемная скорость изгнания была ближе к верхней границе нормы и составила  $393,87 \pm 11,18$  мл/с. Самым малочисленным и редко встречающимся оказался гипокинетический тип, у которого сердечный индекс был ниже нормы и составил  $2,36 \pm 0,11$  л/мин·м<sup>2</sup>, а объемная скорость изгнания была ближе к нижней границе нормы и составила  $236,08 \pm 10,09$  мл/с.

Таким образом, преобладающими типами гемодинамики у учеников мужского пола средней школы является эукинетический и гиперкинетический, причём, в обоих случаях сердечный индекс был выше нормы, а при анализе показателей объемной скорости изгнания у всех трёх типов гемодинамики не выявлено какого-либо несоответствия норме, хотя прослеживается явная тенденция смещения данного показателя к верхней или нижней границе нормы у гиперкинетического и гипокинетического типов.

Литература:

1. Пономаренко С.Ф., Маркин В.Ф. Особенности гемодинамики у девочек различных конституциональных типов // Новости спортивной и медицинской антропологии. – 1990. – № 2. – С. 83-84.

## **ТРАНСПОРТ ГЛЮКОЗЫ В ТОНКОЙ КИШКЕ И НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ КОНСТАНТЫ КРОВИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ**

***Пилецкая Е.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биологической химии*

*Научный руководитель - к.б.н., доц. Воробьев В.В.*

По данным ряда авторов, патология желудочно-кишечного тракта является доминирующей в структуре заболеваемости спортсменов, однако патогенетические механизмы ее развития практически не изучены. Ранее мы показали изменение активности дисахаридаз в различных отделах кишечника и в изолированных энтероцитах. В данной работе исследованы скорость транспорта глюкозы в тонкой кишке и некоторые биохимические показатели крови у крыс, подвергнутых длительной мышечной тренировке.

Исследование выполнено на крысах массой 110-130 г., находящихся на рационе вивария. Животных подвергали в течение 30 дней бегу в тредбане или плаванию.

Физическая нагрузка осуществлялась по определенной схеме с постепенным возрастанием продолжительности тренировки до 30 мин. В сыворотке крови определяли концентрацию глюкозы, креатинина, мочевины, пировиноградной кислоты, активность аспаратаминотрансферазы, а в тонкой кишке оценивали всасывание  $^{14}\text{C-D}$  – глюкозы с помощью аккумулирующего препарата слизистой (АПС). Полученные данные математически обработаны с использованием непараметрических методов статистики.

Результаты исследования всасывания *in vitro* с помощью АПС показали, что при 30-дневной беговой нагрузке наблюдается снижение скорости транспорта глюкозы в тощей кишке при сравнении с контролем. Показатели всасывания в этом участке тонкой кишки у контрольных и опытных крыс составили, соответственно,  $1,045 \pm 0,087$  мкмоль/мин/гр ткани и  $0,786 \pm 0,080$  мкмоль/мин/гр ткани ( $P < 0,05$ ). Вместе с тем, в подвздошной кишке, которая отличается при сравнении с проксимальными участками кишки более низкими показателями транспорта, не выявлено различий в поглощении глюкозы между различными экспериментальными группами. Таким образом, величина средней скорости всасывания глюкозы составляет 75% от контроля при измерении *in vitro*. Плавание оказало менее существенное влияние, чем кинетическая нагрузка. У плавающих крыс скорость транспорта глюкозы в обоих участках тонкой кишки достоверно не отличалась от контрольных значений. Эти нарушения всасывания глюкозы в кишечнике при длительной и интенсивной мышечной нагрузке согласуются с выявленными нами ранее отклонениями в активности гидролитических ферментов и могут быть связаны с изменением структурно-функциональных свойств апикальной мембраны энтероцита. Показатели азотистого обмена – концентрация мочевины и креатинина, а также уровень глюкозы у крыс при обоих вариантах физической нагрузки - не отличались от значений в контрольной группе. Вместе с тем, уровень пировиноградной кислоты в сыворотке крыс при длительном беге был повышен на 47%, что указывает на активацию анаэробных процессов утилизации глюкозы в этих условиях. Плавание в рамках данной экспериментальной модели оказалось менее эффективным видом мышечной нагрузки. Уровень пировиноградной кислоты у этих крыс не изменился. Активность аспаратаминотрансферазы – одного из маркеров функционального состояния мышечной ткани - была достоверно повышена как при кинематической, так и при плавательной нагрузке.

В целом результаты исследований показывают, что длительные экстремальные мышечные тренировки способны оказать значительное влияние на характеристики мембранного транспорта нутриентов и, тем самым, вызвать нарушения пищеварительно-всасывательных способностей кишечника.

## **НАЦЫЯНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА БЕЛАРУСАЎ І НЕМЦАЎ ПРАЗ ПРЫЗМУ ПРЫКАЗАК І ПРЫМАВАК, ЯКІЯ АДЛЮСТРОЎВАЮЦЬ МЕЖАСАБОВЫЯ ЗНОСІНЫ**

***Піліпчык В.В***

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра замежных моў*

*Навуковы кіраўнік-ст. выкладчык Федарава М.А.*

Прыказкі і прымаўкі займаюць значнае месца ў камунікатыўным акце.



Авалодаць фразеалогіяй замежнай мовы – азначае дабіцца значнай ступені валодання мовай. Фразеалагізмы адлюстроўваюць нацыянальную спецыфіку мовы, яе самабытнасць.

**Мэта работы:** даследаваць фразеалагічную сістэму нямецкай і беларускай моў; выявіць значнасць прыказак і прымавак у камунікатыўным плане; сістэматызаваць прыказкі і прымаўкі, якія адлюстроўваюць розныя сферы чалавечых зносін.

У адпаведнасці з мэтай даследавання ў рабоце вырашаюцца наступныя **задачы**: разгледзець існуючыя класіфікацыі фразеалагізмаў айчынных і замежных даследчыкаў; разгледзець структуры, склад і стабільнасць формы прыказак і прымавак; класіфікаваць і сістэматызаваць прыказкі і прымаўкі нямецкай мовы, якія адлюстроўваюць міжасабовыя зносіны.

Аб'ектам даследавання з'явіліся больш за 50 нямецкіх прыказак і прымавак, якія адлюстроўваюць міжасабовыя зносіны.

**Метады.** У рабоце выкарыстоўваецца апісальны метады і супастаўляльны аналіз прыказак і прымавак нямецкай і беларускай моў.

Матэрыялам даследавання з'явіліся даныя фразеалагічных слоўнікаў нямецкай і беларускай моў, стылістычных і тлумачальных слоўнікаў, зборнікаў агульнаўжывальных прыказак і прымавак у нямецкай і беларускай моў.

Тэарэтычная значнасць работы абумоўлена яе мэтай і характарам даследуемага матэрыяла, паколькі разгляданне прыказак і прымавак нямецкай мовы ў новым аспекце дазваляе не толькі вывучыць структуру прыказак і прымавак больш дасканалы, але і дае магчымасць пазнаёміцца з культурай народа вывучаемай мовы.

Практычная значнасць даследавання заключаецца ў магчымасці выкарыстоўвання яго вынікаў ў курсах па лексікалогіі і ў спецкурсах па фразеалогіі нямецкай мовы.

**Вынікі.** Фразеалагізмы займаюць важнае месца ў лексіка-фразеалагічнай сістэме нямецкай і беларускай моў. Яны шырока прадстаўлены ў фразеалогіі і адлюстроўваюць розныя сферы жыцця, такія як сучаснае грамадства, калектыў, сям'я.

Прыказкі і прымаўкі надзелены камунікатыўным статусам. Яны не могуць не мець камунікатыўныя патэнцыі, якія вызначаюць выкарыстанне прыказак і прымавак разам з словамі і словазлучэннямі ў якасці састаўной часткі сэнсу выказвання. Прыказкі і прымаўкі валодаюць вобразнай асновай і характарызуюцца экспрэсіўнасцю і ацэначнасцю ў выкананні камунікатыўных функцый.

## **ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Пинюта В.Р., Довнар А.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

Практическая значимость совершенствования методов лечения спонтанного пневмоторакса (СП) и его осложнений обусловлена большой распространенностью данного заболевания, склонностью к рецидивированию и развитию осложнений. По литературным данным, частота рецидивов СП составляет 5-47%. Различные осложнения СП развиваются в 28-39%. Среди них наиболее часто встречаются напряженный пневмоторакс, гемопневмоторакс и пиопневмоторакс.

В настоящее время наиболее эффективным и малотравматичным методом лечения СП являются видеоторакоскопия (ВТС) и видеоассистированная торакоскопия (ВАТС). ВТС дает возможность произвести ревизию плевральной полости, визуально оценить состояние плевры и легкого и устранить сброс воздуха из бронхиального дерева в плевральную полость путём резекции участков лёгкого или коагуляции небольших булл. Тем самым ВТС создает условия для расправления легкого и предотвращения рецидива СП посредством плевродеза. ВАТС у больных с осложнённым СП позволяет разрушить спайки в плевральной полости, выполнить декортикацию, произвести плеврэктомию, вскрыть и очистить гнойные полости от фибринозно-гнойного детрита и секвестров, санировать и дренировать плевральную полость, осуществить резекцию легкого.

**Целью настоящей работы** явилась оценка эффективности видеоторакоскопических вмешательств по оригинальной отечественной методике в лечении больных СП.

Нами проанализированы истории болезней 27 больных с СП, которым были выполнены видеоторакоскопические вмешательства в отделении торакальной хирургии клиники хирургических болезней №1 Гродненского медуниверситета в 2004-2006 годах. Среди 27 пациентов - 19 лиц мужского пола и 8 - женщины. Возраст больных колебался от 16 до 65 лет. Средний возраст составил  $40,9 \pm 1,2$  года. Напряженный пневмоторакс диагностирован у 2 пациентов, гемопневмоторакс - у 1, пиопневмоторакс - у 4. Обследование больных до и после операции включало полипозиционное рентгенологическое исследование органов грудной клетки, изучение функций внешнего дыхания, лабораторные показатели крови. В качестве метода лечения СП использовалась методика видеоторакоскопического вмешательства А.А. Сушко (Сушко А.А., Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Способ плевродеза: патент №9293 - 2004.04.01.; Сушко А.А., Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Устройство для выполнения механического плевродеза: патент №2597 – 2005.06.24.). При неосложнённом СП: выполнение видеоторакоскопии через минимальное количество портов: два порта для видеокамеры (6 межреберье) и манипулятора (4 межреберье); коагуляция булл до 2 см.; механическая скарификация парietальной плевры в области межреберных промежутков, исключая медиастинальную плевру; электрокоагуляция реберного фрагмента парietальной плевры, исключая область межреберных промежутков. При осложнённом СП: в дополнение к видеоторакоскопии производилась миниторакотомия (3,5-5см) с применением методики двух ранорасширителей для увеличения угла операционного действия. Видеоторакоскопические вмешательства по анализируемой методике сопровождались значительным улучшением показателей функции внешнего дыхания больных в раннем послеоперационном периоде, низкой кровопотерей. Длительность временной нетрудоспособности пациентов снизилась с  $29,1 \pm 3,2$  дня до  $18,4 \pm 2,4$  дня. При динамическом наблюдении за пациентами до двух лет с момента выполнения видеоторакоскопических вмешательств рецидивов пневмоторакса отмечено не было.

Таким образом, предложенные отечественные методики видеоторакоскопических вмешательств являются эффективным методом лечения больных со СП и имеют большую практическую значимость.

## СВЯТЫЕ МУЧЕНИКИ АНТОНИЙ, ИОАНН, ЕВСТАФИЙ

*Пипко Т.В., Жигамонт Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

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

Святые мученики Антоний, Иоанн и Евстафий одни из первых приняли православную веру на территории ВКЛ и всю свою дальнейшую жизнь оставались ей верны. Цель данного исследования - проследить жизненный путь святых мучеников, определить их место в современной православной культуре.

По разрешению Ольгерда, принявшего тогда православие, в Литве проповедовал священник Нестор. Он обратил в новую веру двух братьев Нежило (Иоанн) и Кумец (Антоний). Крещение было тайным. Когда жрецы обнаружили, что братья исповедуют Христову веру, стали требовать их наказания. Ольгерд боялся, что может лишиться престола и просил их отречься от православия. Они не изменили своей вере и были брошены в темницу, где мужественно переносили страдания. Но вскоре Иоанн сдался. Тогда князь освободил обоих братьев. Иоанн, хотя внешне и исполнял языческие обряды, но в сердце оставался христианином. А Антоний открыто исповедовал православие. Однажды к княжескому столу было подано мясное блюдо. Иоанн не решился отвергнуть скоромную пищу, Антоний же отказался от мяса. Разгневанный князь вновь бросил святого в темницу.

Когда Иоанн осознал свой грех, то возвестил о своем примирении с церковью Ольгерду. Князь не разгневался на него, так как разговор происходил без свидетелей. Но когда Иоанн объявил себя христианином в присутствии придворных, Ольгерд пришел в ярость. Исповедник был жестоко избит и заключен в темницу. По требованию жрецов утром 14 апреля (27 апреля) 1347 г. мучеников казнили. Язычники повесили их на дубе.

Родственник святых братьев Круглец, потрясенный стойкостью мучеников, принял Святое Крещение с именем Евстафий. Когда князь узнал об этом, приказал бить юношу железными палками и вывести обнаженного на мороз и лить в его уста ледяную воду. От этого тело страдальца посинело, временами останавливалось дыхание, но он все вынес с Божьей помощью. Мучили святого три дня. 13 декабря 1347 г. Евстафия повесили на том же дубе. Через три дня его останки были погребены в Никольском храме рядом с телами Антония и Иоанна. На месте гибели Святых был воздвигнут храм во Имя Пресвятой Троицы. В 1374 году частицы их мощей торжественно перенесли в храм Святой Софии в Константинополе. В 1516 г. на месте деревянного Храма во Имя Пресвятой Троицы была построена Виленская каменная Троицкая Церковь.

Впоследствии, на протяжении столетий, мощи святых не только прославлялись чудесами, исходившими от них, но и претерпели много испытаний. В 16 в. они были перенесены в Свято-Духов монастырь и помещены в предалтарной пещере, в 1915 году, при наступлении немцев взяты в Москву. Сначала их поместили в Даниловский монастырь, а после революции 1917 г. выставили в музей для обозрения. 26 апреля 1946 года святые мощи возвратили в Виленский Свято-Духов монастырь и поместили в пещерном храме. 24-26 июля 1993 г. части мощей святых мучеников были перенесены в Минский Свято-Петропавловский собор и заложены в икону трех Виленских мучеников, написанную смоленским иконописцем Сергеем Кульмановым.

В 1997 году исполнилось 650 лет со дня мученической кончины святых страстотерпцев Антония, Иоанна и Евстафия и 400 лет Свято-Духову монастырю. Перед этим событием святые мощи были перенесены из пещерного храма в центр собора.

Литература:

1. Беларусь православная. - Минск. Фабрика цветной печати, 2006.
2. Беларуская энцыклапедыя. – Мінск. Беларуская энцыклапедыя, 2000.
3. В.А.Адзіночанка. Рэлігіязнаўства. – Мінск. Універсітэцкае, 2001.

## **НИТРОЗИЛИРУЮЩИЙ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

**Пискун Д.В., Козлова А.С., Кутузова А.В.**

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней*

*Научные руководители - д.м.н., проф. Семенов В.М.; д.м.н., проф. Солодков А.П.*

**Введение.** Антибактериальная терапия не является основным методом лечения бактериальных кишечных инфекций и важна лишь при инвазивных формах заболевания у пациентов с риском возникновения экстраинтестинальных осложнений. При тяжелых формах бактериальных кишечных инфекций на первое место в клинике заболевания выступает нарушение микроциркуляции и явление гипоперфузии тканей. В связи с этим, изучение патогенеза данной группы инфекционных заболеваний является особенно актуальным, так как полученные результаты могут привести к разработке новых подходов к терапии.

**Цель работы:** изучить выраженность нитрозилирующего (нитрозативного) и окислительного стресса у пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций.

**Материалы и методы.** О показателе нитрозилирующего стресса судили по уровню нитритов/нитратов в крови пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций на 1, 3 и 5-7 сутки от момента поступления в стационар. Окислительный стресс оценивался по уровню диеновых конъюгатов в крови той же группы больных.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных статистических программ. Рассчитывали среднюю арифметическую ( $M$ ), стандартную ошибку средней арифметической ( $\pm m$ ). Для проверки достоверности различий был использован непараметрический анализ.

**Результаты и обсуждение.** При оценке уровня нитритов/нитратов в организме пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций ( $n=29$ ), оказалось, что в первые сутки их концентрация в сыворотке составила  $45,39 \pm 2,67$  мкмоль/л, на третьи сутки ( $n=28$ ) –  $40,16 \pm 2,63$  мкмоль/л, а к 5-7 суткам ( $n=25$ ) концентрация продуктов деградации молекул оксида азота возросла до  $49,99 \pm 12,01$  мкмоль/л, что оказалось достоверно выше, чем у здоровых людей (21,7 мкмоль/л). В связи с тем, что оксид азота через ряд промежуточных субстратов активирует окисление преимущественно полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и их остатков в составе сложных липидов, то обнаружение диеновой конъюгации является чувствительным тестом на выявление свободных радикалов либо ацилгидроперекисей (первичных продуктов ПОЛ, отражающих оксидативный или окислительный стресс). При оценке уровня диеновых конъюгатов в первые сутки ( $n=32$ ) от момента возникновения выраженного обезвоживания у пациентов с бактериальными кишечными инфекциями, их концентрация составила  $173,06 \pm 23,72$  нМ/г липида, а к третьим суткам ( $n=31$ ) снизилась до  $115,88 \pm 19,42$  нМ/г липида, что, вероятно, связано с активацией ряда антиоксидантных ферментов, однако к 5-7 суткам концентрация диеновых конъюгатов вновь повысилась до  $176,31 \pm 38,36$  нМ/г липида. В контрольной группе доноров



содержание диеновых конъюгатов было намного ниже и составило  $70,1 \pm 8,8$  нМ/г липида.

**Выводы.** У пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций имеет место развитие нитрозилирующего и окислительного стресса, что требует проведения соответствующей медикаментозной коррекции.

## УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

*Пицко Д.В., Кузнецов О. Е.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Гродненская областная клиническая больница*

За последние годы расширились представления клиницистов о факторах риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. К потенциальным факторам риска развития атеросклероза стали относить гипергомоцистеинемию. Доказано, что высокий уровень гомоцистеина приводит к дисфункции эндотелия и является предиктором смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В литературе проблема гомоцистеина у больных подагрой освещена слабо и данные носят противоречивый характер.

**Цель исследования:** изучить уровень гомоцистеина плазмы крови у больных подагрой.

**Материал и методы.** В амбулаторных условиях обследован 51 больной подагрой (все мужчины; средний возраст  $46,22 \pm 1,55$  года). Критериями исключения из исследования являлись клинические проявления ишемической болезни сердца (ИБС) и данных велоэргометрии, наличие артериальной гипертензии, других сопутствующих заболеваний в периоде обострения. Диагноз подагры устанавливали согласно критериям SL. Wallace и соавт. (1997г.). Длительность заболевания составила от 0,5 до 15 лет (в среднем  $6,5 \pm 2,1$  года). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с нормальным артериальным давлением, без отягощенной наследственности по ИБС.

Уровень гомоцистеина в плазме крови определялся с помощью аппарата AXYM-system методом FPIA (Fluorescence Polarization Immunoassay) в клинической лаборатории Гродненской областной клинической больницы.

**Результаты.** В контрольной группе среднее содержание гомоцистеина в плазме крови составило 8,99 ммоль/л., у больных подагрой отмечено увеличение уровня гомоцистеина плазмы крови, среднее значение которого составило 15,99 ммоль/л. Следует отметить, что из обследованной группы больных подагрой у 32 больных (62,75%) выявлена гипергомоцистеинемия.

### **Выводы:**

1. У больных подагрой отмечается повышение уровня гомоцистеина плазмы крови.
2. При лечении больных подагрой необходимо учитывать гипергомоцистеинемию, как потенциальный фактор риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.

## КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

*Пицко Д. В.*

*Гродненский государственный медицинский университет  
Кафедра госпитальной терапии*

У больных подагрой высокая частота развития сердечно-сосудистых инцидентов. Взаимосвязь между подагрой, не связанной с приемом диуретиков и развитием коронарной болезни сердца, была исследована у 5209 субъектов, наблюдавшихся в Фрэммингемском исследовании. Среди мужчин, которые никогда не принимали диуретики и страдающие подагрой, в сравнении со здоровыми, выявлено 60% случаев коронарной болезни сердца. У женщин не выявлено значительной взаимосвязи между подагрой и коронарной болезнью сердца. Подагра, не связанная с приемом диуретиков, является дополнительным фактором риска коронарной болезни сердца у мужчин. По данным литературы, частота артериальной гипертензии (АГ) у пациентов с подагрой колеблется от 36% до 41%, а у пациентов с подагрой в сочетании с метаболическим синдромом увеличивается до 72%. Исследование Gutmann, которое является чуть ли не единственным, изучавшим исходы подагры за 20-летний период, показало, что не более четверти больных подагрой погибают от хронической почечной недостаточности, основная же причина смерти – это сердечно-сосудистые катастрофы.

Был проведен анализ литературы по оценке факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний у больных подагрой. Большое внимание этой проблеме уделили российские коллеги. Так, по данным Ильиных Е. В. (институт ревматологии РАМН), наблюдалась следующая частота факторов риска у больных подагрой. Основные факторы риска: возраст >55 лет – у 35% больных подагрой, ОХС >190 мг/дл – у 80% больных подагрой, ХС-ЛПВП <40 мг/дл – у 75,7%, курение – 28%, систолическое артериальное давление (САД) >140 мм. рт. ст. – 68,9%. Дополнительные факторы риска: сахарный диабет – 9,3%, ТГ >180 мг/дл – 40,9%, ИМТ >25 кг/м<sup>2</sup> – 91,9%, семейный анамнез по ИБС – у 48,4% больных подагрой. При подагре нарушение обмена пуринов приводит к другим метаболическим нарушениям. Основное клиническое проявление метаболического синдрома, ожирение, ассоциировалось с подагрой за много столетий до открытия мочевой кислоты. Неоднократно показано, что среди пациентов с подагрой частота ожирения крайне высока. Так, 10% лишнего веса отмечалось у 78% больных с подагрой, а 30% – у 57%. Engelhardt и Wagner (1950 г.) – назвали ожирение интегральной частью триады, остальными составляющими которой являются подагра и диабет. Литературные данные по сочетанию подагры и диабета 2 типа разноречивы. В современных исследованиях было показано существование при подагре различных признаков инсулинорезистентности: нарушение толерантности к глюкозе, гиперлипидемия и ожирение. Обсуждается взаимоотношение ИР с гиперурикемией и подагрой. В исследовании Takahashi S. было показано, что у пациентов с подагрой имеются признаки ИР, которые становятся более выраженными при сочетании с висцеральным ожирением, внося свою лепту в развитие атеросклероза у таких больных. Другие кардиоваскулярные факторы риска, такие как повреждение эндотелий-зависимой вазодилатации и снижение сывороточного уровня PAI-1 (ингибитор активатора плазминогена-1) также наблюдаются у больных подагрой. Согласно нашим исследованиям и исследованиям зарубежных авторов, повышение уровня сывороточного гомоцистеина – дополнительного фактора коронарных болезней – также описано у больных с подагрой.

### **Вывод:**

1. Прогрессирование подагры характеризуется высоким риском развития кардиоваскулярных инцидентов.
2. У больных с подагрой с высокой частотой встречаются 2 и более кардиоваскулярных факторов риска

## **ПАРАМЕТРЫ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ**

**Пицко Д.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра госпитальной терапии*

Согласно данным Фремингемского исследования, у 60% больных подагрой наблюдается сердечно-сосудистая патология. Главную роль в развитии сердечно-сосудистых нарушений в большинстве случаев играет нарушение функционального состояния эндотелия, именуемого дисфункцией эндотелия. Крайне мало литературных сведений о функциональном состоянии эндотелия у больных подагрой.

**Целью работы:** явилось изучение функционального состояния эндотелия у больных подагрой.

**Материал и методы.** В амбулаторных условиях обследован 51 больной подагрой (все мужчины; средний возраст  $46.22 \pm 1.55$  года). Критериями исключения из исследования являлись клинические проявления ишемической болезни сердца (ИБС) и данных велоэргометрии, наличие артериальной гипертензии, других сопутствующих заболеваний в периоде обострения. Диагноз подагры устанавливали согласно критериям S.L. Wallace и соавт. (1997г.). Длительность заболевания составила от 0,5 до 15 лет (в среднем  $6,5 \pm 2,1$  года). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с нормальным артериальным давлением, без отягощенной наследственности по ИБС.

Исследование эндотелийзависимой реакции плечевой артерии (ПА) в ответ на пробу с реактивной гиперемией (РГ) осуществляли методом реовазографии с помощью аппаратно-программного комплекса "Импекард". В качестве информативной реографической величины оценивалось изменение максимальной скорости кровотока  $(\Delta dz/dt), \%$  - показатель вазомоторной функции эндотелия (ВФ), вызванное реактивной гиперемией. Диагностические значения пробы с РГ при использовании импедансной технологии:  $\Delta dz/dt > 12\%$  – ВФ эндотелия не нарушена;  $2\% - -2\%$  – умеренное нарушение ВФ эндотелия;  $-2\% - -15\%$  – выраженное нарушение ВФ эндотелия;  $< -15\%$  – резко выраженное нарушение ВФ.

**Результаты.** Диапазон нормальных значений при проведении пробы с реактивной гиперемией с использованием РВГ составил, в среднем, 40,58%. В группе больных подагрой полученные значения были достоверно снижены и составили в среднем – 11,22%.

Из обследованных больных подагрой у 16 (31,4%) наблюдалась нормальная вазомоторная функция эндотелия, у 35 (68,6%) больных отмечалась дисфункция эндотелия:

1. Умеренное ( $\Delta dz/dt 12\% - -2\%$ ) – 22 (43,1%) больных.
2. Выраженное ( $\Delta dz/dt -2\% - -15\%$ ) – 11 (21,6%) больных.
3. Резко выраженное ( $\Delta dz/dt < -15\%$ ) – 2 (3,9%) больных.

У больных подагрой с сохраненной вазомоторной функцией эндотелия показатели  $\Delta dz/dt$  были ниже, по сравнению с контролем: 35,79 – у больных подагрой с сохраненной функцией эндотелия, 40,58 – в контрольной группе.

**Вывод:**

1. У больных подагрой имеет место нарушение вазомоторной функции эндотелия.
2. При лечении больных подагрой необходимо учитывать дисфункцию эндотелия

## **НЕЙРОИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

***Плашко Л.С., Белюк Е.Н., Круглая А.Ф.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель: доцент А.В. Васильев*

Поскольку нейроинфекции являются патологией, определяющей высоту показателей летальности, закономерен интерес именно к работе отделения, где проводится дифференциальная диагностика и оказание неотложных мероприятий, от которых зависит жизнь больного.

**Цель работы:** исследование места нейроинфекций в структуре патологии отделения интенсивной терапии (ОРИТ) инфекционной больницы, а также показателей длительности лечения и летальности.

**Материалом для исследования** стали данные больных (2100 человек), находившихся на стационарном лечении в ОРИТ Гродненской областной инфекционной клинической больницы за период с 1998 по 2006 год. Методом работы стал описательно статистический, сравнительно статистический и корреляционный ретроспективный анализ имеющихся данных.

**Результаты.** Из 2100 больных, находившихся на лечении в ОРИТ Гродненской областной инфекционной клинической больницы (ГОИКБ) за период с 1998 по 2006 год, 398 больных лечились по поводу различных нейроинфекций ( $18,9 \pm 0,9\%$ ). Преобладающими (в общей массе больных нейроинфекциями) были гнойные менингиты (менингоэнцефалиты) – 228 больных, что составило  $57,0 \pm 5,2\%$  от суммарного количества больных нейроинфекциями и  $10,9 \pm 0,7\%$  от общего числа больных ОРИТ. Серозные менингиты (менингоэнцефалиты) поступали в ОРИТ реже – 146 больных, что составило  $36,9 \pm 4,1\%$  от числа нейроинфекций и  $6,9 \pm 0,6\%$  от числа больных, лечившихся в ОРИТ за указанный период. У сравнительно небольшого количества больных – 24 ( $6,1 \pm 1,7\%$  от числа нейроинфекций и  $1,1 \pm 0,2\%$  от числа больных в ОРИТ), находившихся на лечении в ОРИТ по поводу менингоэнцефалитов, проблематичным было установление характера процесса (гнойный или серозный). Эта группа больных получала как антибактериальную терапию, так и противовирусные (противогерпетические) препараты. Продолжительность пребывания в ОРИТ больных с нейроинфекциями была достоверно ( $p < 0,01$ ) более высокой, чем длительность пребывания больных с другими инфекциями ( $6,7 \pm 0,5$  и  $4,5 \pm 1,3$  дня соответственно). Показатели летальности от нейроинфекций также были выше среднестатистического показателя летальности от других инфекций ( $5,8 \pm 1,2$  и  $4,2 \pm 0,5\%$  соответственно), хотя и не отличались достоверно ( $p < 0,2$ ). Высокая летальность при нейроинфекциях обуславливалась, прежде всего, вторичными гнойными менингитами, нередко протекавшими на фоне сепсиса ( $44,8 \pm 6,5\%$ ). Высокую летальность определяли, кроме того, герпетические менингоэнцефалиты ( $13,3 \pm 6,3\%$ ), группа недифференцированных менингоэнцефалитов ( $12,5 \pm 0,7\%$ ). Доля этиологически нерасшифрованных нейроинфекций в общей массе составила  $38,8 \pm 4,6\%$ .

**Выводы.** Нейроинфекции являются патологией, определяющей высокий



уровень летальности ОРИТ. Удельная частота нейроинфекций в общей массе больных ОРИТ достаточно высока (почти каждый пятый больной ОРИТ – больной с нейроинфекцией). Этиологическая расшифровка, как гнойных, так и серозных менингитов (менингоэнцефалитов) остается на недостаточно высоком уровне.

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЗМОВ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*Плескавецвич Д.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биохимии*

*Научный руководитель – доцент Леднёва И.О.*

Патологические состояния центральной нервной системы (ЦНС) многочисленны, многообразны и чрезвычайно сложны по механизму развития и возникновения. Однако существуют общие закономерности, характеризующие патогенез некоторых нервно-психических заболеваний. Основной причиной нервных и психических заболеваний являются нарушения нормального функционирования нейрохимических систем головного мозга, проявляющиеся в избытке или недостатке определенного нейроактивного вещества (или группы веществ), изменениях структуры и чувствительности соответствующих рецепторов или, возможно, образовании нетипичных для здорового организма соединений.

Для каждого конкретного заболевания (шизофрения, эпилепсия, болезни Паркинсона и Альцгеймера и др.) выявлены медиаторные системы, играющие ведущую роль в патогенезе заболевания. Однако невозможно связать весь комплекс симптомов любого заболевания с одним медиатором. Медиаторные системы мозга функционируют не изолированно, а в тесной взаимосвязи. Один медиатор может служить модулирующим фактором для другого, усиливая или ослабляя его действие. Патогенез заболевания может быть обусловлен последовательным запуском систем с различными нейромедиаторами. Поэтому конкретное патологическое состояние ЦНС зачастую обусловлено не абсолютным изменением содержания определенного медиатора, а изменением баланса между активностью различных медиаторных систем. Зависимость между уровнем активности медиаторной системы и характером изменений психофизиологических реакций далеко не однозначна. Например, избыток дофамина вызывает развитие шизофрении, в то время как его недостаток является причиной паркинсонизма.

Пусковым механизмом в развитии ряда заболеваний ЦНС может быть изменение содержания регуляторных пептидов, которым принадлежит важная роль в поддержании нормальной деятельности мозга.

Принципиальное значение в генезе нервно-психических болезней имеют изменения в составе и структуре белков головного мозга. Это обусловлено тем, что белки могут выполнять функции медиаторных рецепторов, катализировать синтез и распад «классических» медиаторов и пептидов. Поэтому изменение первичной или конформационной структуры таких белков может являться причиной нейрохимических сдвигов, а следовательно, заболеваний ЦНС.

Таким образом, причиной нервно-психических заболеваний служат комплексные изменения взаимосвязанных нейрохимических и нейрофизиологических систем. Это позволяет сформулировать концепцию о системной организации мозга, его функционировании как единого целого, подчиняющего себе деятельность отдельных частей, отдельных физиологических и биохимических систем.

## АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Плеханов А.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доцент Смотрин С.М.*

Лечение острого панкреатита остается важной и сложной проблемой абдоминальной хирургии.

**Цель исследования.** Провести анализ лечебно-диагностической тактики при остром панкреатите.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения 468 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней № 2 с 2004 года. Мужчин было 340 (72,6%), женщин - 128 (27,4%). В первые 2 часа с момента заболевания госпитализированы 26 (5,5%) больных, в течение 6 часов госпитализировано 108 (23%) больных, в сроки свыше 24 часов - 234 (50%) больных. По результатам проведенного обследования острый интерстициальный панкреатит диагностирован у 365 (78%) больных, а острый некротический панкреатит – у 103 (22%) больных. Диагностика острого панкреатита и оценка протяженности поражения поджелудочной железы (ПЖ) осуществлялась клинически, лабораторно и с применением таких методов как УЗИ, КТ, лапароскопия. Больным проводилась комплексная, интенсивная терапия, направленная на снижение секреторной активности ПЖ, купирование синдрома токсемии, профилактику вторичной инфекции, посиндромное лечение органических дисфункций. Оперативное лечение больных проводили на этапе формирования гнойно-некротических осложнений со стороны ПЖ, забрюшинного пространства и сальниковой сумки. Оперирован 41 (42%) больной с гнойными осложнениями некротического панкреатита, что составило 8,7% от общего количества больных. Пятерым больным с тотальным панкреонекрозом, до развития гнойных осложнений, произведена субтотальная резекция поджелудочной железы с последующими программируемыми оперативными вмешательствами и открытым методом дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

**Результаты.** У больных интерстициальным панкреатитом консервативная терапия привела к полному купированию процесса. Общая летальность при остром панкреатите составила 1,8%, при остром некротическом панкреатите – 9,2%. Из 5 больных с тотальным панкреонекрозом, оперированных до развития гнойно-некротических осложнений, умерло 2 больных. Летальность 40%.

**Заключение.** Лечение острого панкреатита должно включать интенсивную консервативную терапию и рациональную хирургическую тактику. При очаговых панкреонекрозах оперативное вмешательство показано в фазу развития гнойно-некротических осложнений. Больных с тотальным панкреонекрозом необходимо оперировать раньше. Показанием к операции должны являться не сроки секвестрации, а нарастающая тяжесть состояния больного и отсутствие эффекта от консервативного лечения.

# ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ВЫЗВАННОГО В ПЕРИОД ФЕТОГЕНЕЗА

*Поддубоцкий А.С., Рубец М.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии*

*Научный руководитель - д.б.н., проф. Мацюк Я.Р.*

Воздействие холестаза беременных на органогенез потомства, зависимость последнего от времени развития этой патологии у беременных не изучено (Мацюк Я. Р. и др., 2005 а, б). Неуклонный рост со середины прошлого столетия заболеваний печени, сопровождающихся холестазом, делает эту проблему важной не только в научном и прикладном отношении, но и социально значимой (Петухов В. А. и соавт., 1998; Козырев М. А.. 2002).

Эксперимент проведен на 16 беременных беспородных белых крысах-самках и 19 родившихся от них крысятах, 10 из которых родились от самок с экспериментально вызванным на 17 сутки беременности подпеченочным обтурационным холестазом (опыт), а 9 – от самок, которым наложение лигатуры на общий желчный проток не проводилось (контроль). На 15 сутки после рождения крысят опытной и контрольной групп, находящихся в одинаковых условиях вивария, умерщвляли парами эфира, забирали кусочки с донного отдела желудка. Одни кусочки после фиксации в жидкости Карнуа заключали в парафин, другие помещали в жидкий азот. Изготовленные парафиновые срезы толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином для гистологических и морфометрических исследований, а криостатные срезы толщиной 10 мкм подвергали гистохимической обработке для определения в париетальных клетках активности СДГ, ЛДГ и КФ с последующей цитофотометрией (Пирс Е., 1962).

Установлено, что у крысят, родившихся в условиях холестаза, желудок отличался меньшим размером, более тонкой слизистой и меньшей длиной расположенных в ней собственных желез. В последних число париетальных клеток резко снижено ( $3,76 \pm 0,27$  при  $6,45 \pm 0,32$  в контроле,  $P < 0,001$ ). Они отличались полиморфизмом, зачастую микровакуолизированной цитоплазмой. Содержание в ней структурных гранул уменьшено, распределение их неравномерное, оксифильные их свойства снижены.

Активность СДГ в цитоплазме париетальных клеток у опытных крысят статистически достоверно снижена, а ЛДГ и КФ увеличена ( $P < 0,001$ ). Притом, эти изменения далеко не однозначны по выраженности у разных париетальных клеток и продукты реакции приобретали крупноглыбчатый характер.

Литература:

1. Мацюк Я. Р., Гудинович С. Я. Морфофункциональные свойства яичников, яйцеводов, матки 15-суточных крысят, родившихся в условиях холестаза // Ж. ГрГМУ. – 2005а. - № 4. – С. 46-49.
2. Мацюк Я. Р. Кизюкевич Л. С., Михальчук Е. Ч. и др. Морфологические свойства органов пищеварительной и мочеполовой систем 45-суточных крысят, родившихся от самок с экспериментальным холестазом // Ж. ГрГМУ. – 2005б. - № 2. – С. 31-35.
3. Козырев М. А. Заболевание печени и желчных путей // Мн.: Бел. Наука. – 2002. – С. 248.
4. Петухов В. А., Кузнецов М. Р., Лисин С. В., Кантемирова З. Р. Желчекаменная болезнь и беременность: причинно-следственные взаимосвязи // Анналы хирургии. – 1998. – № 2. – С. 14-20.
5. Пирс Е. Гистохимия теоретическая и прикладная // М.: Иностран. лит. – 1962. – 962 с.

# КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

*Покалюк А.Н., Снитко В.Н., Лазута С.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. В.И.Дедуль*

Прижизненная диагностика расслаивающей аневризмы аорты (РАА) представляет значительные трудности. Клиническая картина заболевания в значительной степени зависит от локализации и протяженности процесса, степени вовлечения отходящих от аорты сосудов, сдавления соседних органов, прорыва крови в окружающие ткани и полости. Это и определяет значительную вариабельность заболевания, формирование разнообразных клинических синдромов.

**Цель исследования:** детальное изучение клинических синдромов РАА.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 30 больных в возрасте от 46 до 83 лет, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении 2-й клинической больницы в период с 1996 по 2007 гг. Среди них было 22 мужчины и 8 женщин. Проведен тщательный анализ клинической картины больных с расслаивающей аневризмой аорты, изучены данные общепринятых лабораторных показателей, использованы данные ЭКГ, ультразвукового и рентгенологического методов исследования и протоколы вскрытия умерших.

В клинической картине первого этапа расслоения аневризмы аорты (АА) во всех случаях доминировал болевой синдром. Большинство больных с расслаивающими аневризмами грудного отдела аорты и поступали в стационар с подозрением на острую коронарную недостаточность. В 3-х случаях РАА «маскировалась» под острый коронарный синдром. Необходимо помнить, что у больных на фоне РАА возможно и истинное нарушение коронарного кровообращения, что отмечалось у 3-х больных.

Расслаивание стенки аорты может сопровождаться закупоркой просвета артерий, отходящих от аорты. К болевому синдрому в этих случаях присоединяются признаки нарушения кровоснабжения органов, получающих кровь через эти сосуды. Расслоение дуги аорты может приводить к расстройству кровотока по сонным артериям, что влечет развитие инфарктов головного мозга. Инфаркт головного мозга, как осложнение РАА, ошибочно был принят за основное заболевание у 1-го больного, что и остановило дальнейший диагностический поиск.

При наступлении 2-й стадии расслоения АА состояние больных резко ухудшалось - появлялись симптомы сдавления жизненно важных органов, что являлось причиной появления разнообразных «масок» этого заболевания. Так у 5-х больных причиной летального исхода ошибочно считалась тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Появление шумов над аортой в результате разрыва интимы и прохождения струи крови через новообразованный аортальный канал способствует выставлению ошибочного диагноза ревматического аортального порока, недостаточности аортального клапана (клапанная клиническая «маска»). Сосудистые периферические «маски» возникали в результате распространения расслоения на крупные периферические артерии конечностей, проявлялись признаками ишемии, на основании чего диагностический поиск прекращался с выставлением диагноза острой артериальной непроходимости. Медиастинальная клиническая «маска», вследствие кровоизлияния в средостение, характеризовалась полиморфным стенотическим синдромом и требовала дифференциальной диагностики с опухолью средостения. Среди желудочно-кишечных «масок» наиболее часто встречались диагнозы: обострение хронического холецистита (2 случая), острый панкреатит (2 случая) и перфорирующая язва желудка (2 случая). У 7 больных не отмечено четких клинических



проявлений.

Таким образом, клиническая картина РАА очень разнообразна, протекает под различными «масками» заболеваний внутренних органов, что приводит к частым диагностическим ошибкам.

## **ВЛИЯНИЕ СТАТИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ**

***Полюхович Ю.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., доцент Пырочкин В.М.*

**Целью исследования** было изучение влияния статической нагрузки на показатели центральной, мозговой и периферической гемодинамики у практически здоровых лиц в зависимости от возраста.

**Материал и методы:** в исследование было включено 45 практически здоровых лиц разных возрастных групп. До 30 лет было 15 человек, от 30 до 45 лет – 15 человек и старше 45 лет – 15. В группах преобладали мужчины – 80%. Изучение показателей центральной (ЦГД), мозговой (РЭГ) и периферической гемодинамики (РВГ) проводили с помощью аппаратно-программных комплексов «Импекард», «Корона», «Ахиллес» на базе реографа РГ4 – 02. При изучении ЦГД определяли ударный объем крови (УО, мл); минутный объем крови (МО, л/мин); общее периферическое сопротивление (ОПС,  $\text{дин} \cdot \text{с} \cdot \text{см}^{-5}$ ). Мозговую гемодинамику исследовали с помощью РЭГ. Оценивались следующие показатели: амплитуда артериального компонента (А, Ом) – отражает артериальное кровенаполнение мозга; систолическое отношение (В/А, %) – характеризует тонус мелких сосудов; объемная скорость кровотока (F, Ом/с). Периферическую гемодинамику изучали с помощью реовазограммы (РВГ) голени. Анализировались следующие данные: реографический индекс (РИ, Ом); индекс эластичности (ИЭ); индекс периферического сопротивления (ИПС). Для создания статической физической нагрузки использовался кистевой электрический динамометр ПИН. Реографические показатели определялись в покое, на второй минуте кистевой нагрузки, составляющей 0,3 от максимальной мощности, а также через 3 минуты после прекращения нагрузки.

**Результаты.** Данные показателей центральной, мозговой и периферической гемодинамики под влиянием кистевой изометрической нагрузки (КИН) представлены в таблице.

Таким образом, кистевая изометрическая нагрузка у здоровых вызвала увеличение МО за счет учащения числа сердечных сокращений и снижение ОПС в возрасте старше 45 лет. КИН привела к уменьшению артериального кровенаполнения мозга у здоровых лиц на фоне повышения тонуса мелких мозговых сосудов. КИН не оказала существенного влияния на гемодинамику нижних конечностей. Отмечено снижение РИ голени.

**Изменение параметров центральной, мозговой и периферической гемодинамики при проведении пробы с КИН у здоровых лиц**

| <i>Параметры</i>            | <i>Среднее значение всех групп (Δ)</i> | <i>До 30 лет (Δ)</i> | <i>31-45 лет (Δ)</i> | <i>Старше 45 лет (Δ)</i> |
|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| УО, мл                      | 3,0 ±0,19                              | 1,09± 0,08           | 8,36 ±2,34           | 2,16 ±0,12               |
| МО, л/мин                   | 1,65 ±0,09*                            | 1,49 ±0,05*          | 2,76 ±0,21*          | 0,31 ±0,08               |
| ОПС, дин.с.см <sup>-5</sup> | 199 ±6,4*                              | 71 ±3,6              | 637 ±7,8*            | -189 ±7,5*               |
| А, Ом                       | -0,04 ±0,01*                           | -0,03 ±0,01*         | -0,02 ±0,01          | -0,02 ±0,01*             |
| В/А, %                      | 123,8 ±6,7*                            | 118,4 ±5,6*          | 116 ±5,9*            | 60,32 ±3,2*              |
| РИ, Ом голень               | 0,02 ±0,01*                            | -0,03 ±0,02*         | 0 ±0                 | -0,01 ±0,01              |
| ИЭ, голень                  | -0,08± 0,03                            | -0,06 ±0,02          | -0,04 ±0,02          | -0,04 ±0,02              |
| ИПС, голень                 | -0,08 ±0,02                            | 0,02 ±0,01           | 0 ±0                 | 0,01 ±0,01               |

\* Достоверно в сравнении с исходными данными P<0,05).

**ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА**

***Полюхович Ю.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., доцент Пырочкин В.М.*

**Целью исследования** было изучение центральной, мозговой и периферической гемодинамики у практически здоровых лиц в зависимости от возраста.

**Материал и методы:** в исследование было включено 45 практически здоровых лиц разных возрастных групп. До 30 лет было 15 человек, от 30 до 45 лет – 15 человек и старше 45 лет – 15. В группах преобладали мужчины – 80%. Изучение показателей центральной (ЦГД), мозговой (РЭГ) и периферической гемодинамики (РВГ) проводили с помощью аппаратно-программных комплексов «Импекард», «Корона», «Ахиллес» на базе реографа РГ4 – 02. При изучении ЦГД определяли ударный объем крови (УО, мл); минутный объем крови (МО, л/мин); общее периферическое сопротивление (ОПС, дин · с · см<sup>-5</sup>). Мозговую гемодинамику исследовали с помощью РЭГ. Оценивались следующие показатели: амплитуда артериального компонента (А, Ом) – отражает артериальное кровенаполнение мозга; систолическое отношение (В/А, %) – характеризует тонус мелких сосудов; объемная скорость кровотока (F, Ом/с). Периферическую гемодинамику изучали с помощью реовазограммы (РВГ) плеча и голени. Анализировались следующие данные: реографический индекс (РИ, Ом); индекс эластичности (ИЭ); индекс периферического сопротивления (ИПС).

**Результаты.** Данные показателей центральной, мозговой и периферической гемодинамики представлены в таблице.

Таким образом, из таблицы видно, что с возрастом происходит снижение УО на 13%, МО сердца на - 18% и увеличение ОПС на 29%. Артериальный приток крови к мозгу (А) РЭГ с возрастом снизился на 25%, уменьшилась объемная скорость мозгового кровотока (F) на 39%, увеличилось периферическое сопротивление артериальных сосудов (В/А) на 47%. С возрастом у здоровых лиц снизился индекс эластичности голени, увеличился ИПС голени.

**Показатели центральной, мозговой и периферической  
гемодинамики у здоровых лиц**

| <i>Параметры</i>            | <i>Среднее<br/>значение всех<br/>групп</i> | <i>До 30 лет</i> | <i>31-45 лет</i> | <i>Старше<br/>45 лет</i> |
|-----------------------------|--------------------------------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| УО, мл                      | 82,79±1,64                                 | 87,05±1,62       | 79,43±1,49       | 76,58±1,57*              |
| МО, л/мин                   | 5,58±0,10                                  | 5,86±0,1         | 5,32±0,093       | 5,21±0,02*               |
| ОПС, дин.с.см <sup>-5</sup> | 1720±50,0                                  | 1557±42,0        | 1879±47,0        | 2018±52,0*               |
| А, Ом                       | 0,10±0,002                                 | 0,12±0,003       | 0,10±0,001       | 0,09±0,002*              |
| В/А, %                      | 68,0±2,22                                  | 59,85±1,48       | 63,08±1,93       | 88,18±2,88*              |
| Е, Ом/сек                   | 0,285±0,017                                | 0,344±0,022      | 0,265±0,018      | 0,212±0,01*              |
| РИ, Ом голень               | 0,07±0,002                                 | 0,07±0,002       | 0,07±0,02        | 0,06±0,01                |
| ИЭ, голень                  | 0,54±0,01                                  | 0,58±0,02        | 0,52±0,01        | 0,51±0,01*               |
| ИПС, голень                 | 0,33±0,05                                  | 0,27±0,01        | 0,34±0,02        | 0,36±0,02*               |

\* P<0,05 по сравнению с лицами до 30 лет.

## РАЦИОНАЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

**Полюхович Ю.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра детской хирургии*

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

Около 1 миллиона аппендэктомий ежегодно выполняется в СНГ с превосходными результатами - летальность составляет 0,01 – 0,2% [1]. Однако ведение больных в постоперационном периоде является достаточно разнообразным, особенно, что касается назначения антибиотиков [2,3].

**Цель:** оценить необходимость и результаты антибиотикотерапии в постоперационном периоде при остром флегмонозном аппендиците.

**Материалы и методы:** нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 64 детей (46 мальчиков и 18 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет (средний возраст составил 10,7), оперированных в Детской областной больнице по поводу острого флегмонозного аппендицита, который был подтвержден гистологически. Все пациенты были подразделены на две группы: в I группе (53 человека) в постоперационном периоде назначались антибиотики, а во II группе (11 человек) – нет. I группа была разбита на три подгруппы: Ia - 29 детям назначался только гентамицин; Ib - 16 детям дополнительно к гентамицину назначались цефалоспорины (цефограм, цефазолин, цефтазидим, цефиксим); Ic - у 8 детей в сочетании с гентамицином применялись норфлоксацин, амоксиклав, ампиокс и др. В каждой группе были рассчитаны: лейкоцитарный индекс (ЛИИ1 и ЛИИ2) и гематологический показатель (ГПИ1 и ГПИ2) интоксикации (1 - при поступлении и 2 - при выписке), средний койко/день. Учитывалось время, прошедшее от начала заболевания до оперативного вмешательства, (t в часах), день нормализации температуры (Т). Все дети получали УВЧ. Осложнений со стороны раны и брюшной полости не отмечалось.

**Результаты.** Данные, полученные в I и II группах, представлены в таблице 1.

Таблица 1

### Общая характеристика I и II групп

| <i>Группа</i> | <i>Койко/день</i> | <i>Т</i> | <i>t</i> | <i>ЛИИ1</i> | <i>ЛИИ2</i> | <i>ГПИ1</i> | <i>ГПИ2</i> |
|---------------|-------------------|----------|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| I             | 9,3               | 2,6      | 22,3     | 3           | 0,64        | 14,04       | 0,6         |
| II            | 9,4               | 2,2      | 20,4     | 6,46        | 10,53       | 1,5         | 1,74        |

Надо отметить, что если в I группе к выписке, как ЛИИ, так и ГПИ уменьшаются, то во II группе, они, наоборот, возрастали. Сравнительная характеристика Ia., Ib и Iv подгрупп отражена в таблице 2.

Таблица 2

**Основные показатели в подгруппах Ia, Ib и Iv**

| Группа | Койко/день | T   | t    | ЛИИ1 | ЛИИ2 | ГПИ1 | ГПИ2 |
|--------|------------|-----|------|------|------|------|------|
| Ia     | 8,5        | 2,4 | 21,2 | 2,64 | 0,66 | 4,47 | 0,59 |
| Ib     | 9,3        | 2,3 | 18,5 | 4    | 0,68 | 6    | 0,7  |
| Iv     | 12         | 3   | 31,1 | 2,55 | 0,39 | 3,75 | 0,38 |

Видно, что максимальные показатели койко/день, T, t и минимальные ЛИИ2 и ГПИ2 характеризуют Iv подгруппу. Надо отметить, что гентамицин в сочетании с другим антибиотиком применялся в Ib подгруппе у 62,5%, а в Iv подгруппе у 87,5%.

**Выводы.**

1. Анализируя показатели среднего койко/дня по группам с применением антибиотиков и без, оказалось, что они фактически равны (9,3 и 9,4).

2. Нормализация температуры в группе без антибиотикотерапии происходила быстрее.

**Литература:**

1. Э.С.Джумбаев, О.А.Ахлиддинов. Острый катаральный аппендицит: нужна ли аппендэктомия? //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова.-2004.- №2, с. 69 – 71//.

2. Н.Ф.Сивец. Послеоперационная раневая инфекция.//Здравоохранение.-2004.- №1, с. 9 -13//.

3. Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний.- Минск, 2006. т.3.

## **РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

**Полюхович Ю.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра пропедевтики*

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

Остеопороз – одно из наиболее распространённых метаболических заболеваний скелета человека, ведущее к уменьшению костной массы в единице объема кости и нарушению микроархитектоники костной ткани [1]. Потеря костной массы и архитектурной целостности является медленным процессом, который остается бессимптомным до появления типичного низкотравматического перелома. Не зря остеопороз называют также тихой эпидемией [2], поэтому целью нашей работы стало выявление в разных возрастных категориях среди населения групп риска по данной патологии.

**Материалы и методы исследования.** По средствам скрининг-анкеты Международного общества по остеопорозу (2004), было опрошено 294 человека (132 женщины и 162 мужчины) в возрасте от 35 до 70 лет на предмет наличия факторов риска развития остеопороза. С мотивированного согласия опрошенных было проведено рентгенологическое и лабораторное обследования. Приняты за норму уровни кальция 2,25 – 2,75 ммоль/л, общей щелочной фосфатазы - у женщин 64 – 306 Е/л, у мужчин – 80 – 306 Е/л.

Спондилограммы подвергнуты рентгеноморфометрическому анализу с расчетом индексов деформации тел позвонков, а рентгенологические критерии остеопороза были оценены в соответствии с классификацией по Smith R. W., Rizek J., 1966.



**Результаты исследования.** Установлено, что 135 (46%) пациентов не предъявляли никаких жалоб, у 159 (54%) имели место снижение работоспособности, быстрая утомляемость, боли в костях, шейном отделе позвоночника, затылочной области, регистрировались переломы костей.

По частоте выявления факторов риска все обследуемые были разделены на три группы, данные представлены в таблице.

#### Итоги

| Группа    | Возраст        | Факторы риска   | Рентггенпризнаки | Уровень кальция | Щелочная фосфатаза |
|-----------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|--------------------|
| I<br>n=12 | 36,5 $\pm$ 0,5 | 0               | 0                | 2,27 $\pm$ 0,05 | 106,6 $\pm$ 4,03   |
| II n=123  | 43,0 $\pm$ 2,3 | 1,9 $\pm$ 0,07  | 31 (25%)         | 2,29 $\pm$ 0,06 | 204,1 $\pm$ 9,36   |
| III n=159 | 57,0 $\pm$ 4,5 | 3,4 $\pm$ 0,056 | 95 (59,7%)       | 2,3 $\pm$ 0,07  | 274,3 $\pm$ 26,0   |

Различие между показателями статистически достоверно (t2), исключая данные по уровню кальция.

#### Выводы.

1. Распространенность факторов риска с возрастом увеличивается.
2. В первой группе при отсутствии факторов риска не выявляются рентгенизменения, при этом уже у 25% из второй группы имеются рентгенпризнаки остеопороза 1 и 2 степени. А в третьей группе у 59,7% встречаются признаки уже 3 и 4 степени остеопороза.
3. Рентгенологические признаки остеопороза у женщин до 60 лет встречаются чаще, чем у мужчин в 2- 2,5 раза, старше 60 лет - почти одинаково.
4. При расчете коэффициента корреляции была выявлена прямая корреляционная связь между факторами риска и рентгенизменениями.

#### Литература:

1. В.К. Казимирко, В.Н. Коваленко. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение. К.: Мореон, 2006. - 160 с.
2. В.П. Сытый, А.А. Королева. Диагностика, лечение и профилактика остеопороза (практические рекомендации). Минск, 2002. – 15 с.

## ТЕАТРАЛИЗАЦИЯ ПОЛИТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

**Приходько Е.С., Ярмолик А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

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

Развитие СМИ, особенно телевидения, усилило тенденцию к стиранию линии разграничения между программами новостей и развлекательными программами, растет разрыв между реальным миром и миром, предлагаемым СМИ. Так, Г. Дебор отмечает, что «вся жизнь обществ, в которых господствуют современные условия производства, проявляется как необъятное нагромождение спектаклей» [3, с. 23].

Составители информационных программ, озабоченные соображениями развлекательности, предпринимают все возможное для превращения реальности, которая лишена развлекательности, в нечто развлекательное. Они могут выдумывать материал, искажать факты, опускать ключевую информацию, т.к. их задача завоевать и сохранить аудиторию, что и вынуждает зачастую отбросить или изменить «скучные» факты, людей, события, соответствующим образом подправив и «упаковав» их. Происходит подмена реальных сущностей их виртуальными прототипами. Это

способствует увеличению значения «символической политики», «политики театра», основанных на образах, или «имиджах», специально сконструированных политических деятелей.

Существует множество статей и книг с детальными рекомендациями, как показываться на телеэкране, какие использовать жесты, как говорить. Для исправления дефектов и ошибок в речи используется электронная техника, «конструируются» физические, внешние формы политиков. К настоящему времени утвердилась целая галерея образов героев, жестов, мимических упражнений и т.д. Наиболее часто данные технологии используются в ходе избирательных кампаний. Все действия кандидата тщательно режиссируются.

Политические акции, транслируемые по телевидению, приобретают черты театрализованных шоу, в которых соединяются различные средства информационного воздействия, – звучащий текст, музыка, свет и пластика движений. СМИ концентрируют внимание на наиболее драматических событиях и действиях, значительно обедняя и упрощая действительное положение вещей в стране и в мире. В мире каждую секунду происходят миллионы событий, но все мы обсуждаем лишь незначительную часть из них, которую зрелище (взятое в аспекте СМИ) считает должным представить вниманию публики.

Чрезмерное значение придается фактам, которые не имеют заметного влияния на общественную жизнь. Конструкция телепередач зависит от заказов, имеющих у редакции, нежели от «реальных событий дня». В итоге сложилась ситуация, когда господствуют только студийные передачи, а прямые себя исчерпали, т.к. это более надежно, это проще снимать, это непосредственно транслируется в эфир, создавая иллюзию подлинности.

Излишняя «театрализация политического сознания» влечет за собою серьезные последствия для человека и общества: идет разделение общества на зал и сцену, что, в свою очередь, разграничивает людей на зрителей, наблюдающих за политическим представлением, – «публику» и исполнителей тех или иных ролей. Трансформация людей в зрителей коренным образом изменяет их психологию и мировосприятие. Зритель не только абстрагирован от окружающего мира, он еще и пассивен. Тот, кто занят постоянным созерцанием, перестает действовать. Он больше не живет, а лишь симулирует жизнь.

Таким образом, спектакль устанавливает собственные правила и диктует нормы, по которым и надлежит жить человечеству. В форме советов и рекомендаций он незаметно проникает в человека, подменяя его собственные чувства и желания своими императивами.

Литература:

1. Багдикян Б. Монополия средств массовой информации. – М., 1997.
2. Гаджиев К.С. Политическая наука: В 2 частях. – М. – Ч.2., 1994.
3. Дебор Г. Общество спектакля. – М., 2000.

## **ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ДЕВУШЕК ПЕРВОГО КУРСА УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

***Приходько Е.С., Ярмолик А.В., Вильчинская Л.П.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

Общеизвестно, что кожа внутренней поверхности кисти покрыта тонкими линиями гребешков, из-за которой и получила название гребневой. Данные линии

образуют специфические узоры, содержащие в себе огромную информацию, имеющую первоочередное значение для понимания особенностей человека. Практика доказала, что высокая индивидуальность каждого папиллярного узора на пальцах рук исключает возможность существования двух одинаковых по содержанию узоров [1]. Данное исследование является актуальным и своевременным, так как в последнее десятилетие в прикладной медицине пристальное внимание уделяется антропологическим исследованиям [2].

**Цель нашего исследования:** установить особенности пальцевой дерматоглифики студенток первого курса УО «Гродненский государственный медицинский университет», поступивших в 2007 году.

В ходе работы было обследовано 128 практически здоровых студенток с целью оценки их дерматоглифической конституции. Полученные результаты сравнили с показателями папиллярных узоров студенток, обучающихся в этом же университете 10 лет назад (Шавель Ж.А., 1998).

Показатели пальцевой дерматоглифики: дуги, ульнарные и радиальные петли, завитки изучались методом дерматоскопии. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась программой «Statistica 6.0».

**Результаты исследования:** у обследованных нами студенток были выявлены все основные типы пальцевых узоров, среди них наиболее часто встречались ульнарные петли, что совпадает с литературными данными [2].

При сопоставлении пальцевых дерматоглифов девушек, с показателями папиллярных узоров студенток, обучающихся в этом же университете ранее, наблюдалось достоверное увеличение частоты дуг на первом пальце правой (8,6% против 3,1%,  $p < 0,01$ ) и левой (18,8% против 5,2%,  $p < 0,001$ ), рук соответственно. Кроме того, отмечено увеличение бездельтового узора на втором (22,7% против 12,8%,  $p < 0,01$ ), третьем (17,2% против 10,0%,  $p < 0,01$ ), четвертом (10,2% против 3,7%,  $p < 0,001$ ) и пятом пальцах (10,9% против 2%,  $p < 0,001$ ) левой руки.

У студенток первого курса, обучающихся в УО «Гродненский государственный медицинский университет», зафиксировано увеличение количества радиальных петель на первом пальце правой (4,7% против 0,1%,  $p < 0,001$ ) и левой (3,9% против 0,7%,  $p < 0,01$ ) руках относительно девушек, занимавшихся ранее.

Таким образом, у современных студенток достоверно увеличена частота бездельтового узора на всех пальцах левой руки и первом пальце правой. Полученные результаты исследования дерматоглифического статуса студенток первого курса УО «Гродненский государственный медицинский университет» можно использовать для дальнейшего мониторинга населения республики.

Литература:

1. Мухин, Г.М. Криминалистическая дерматоглифика / Г.М. Мухин, О.Г. Каразей, Д.В. Исютин, Федотков, 2006. – 91 с.
2. Никитюк, Б.А. Конституция и дерматоглифика / Б.А. Никитюк // Конституция и здоровье человека. – Л.: ВМА, 1987. – С. 23–24.

## **ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И PYLORI И КОРРЕКЦИЯ ИХ ЭССЕНЦИАЛЕ И**

**Пукита А.А., Некраш С.Ф.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Якубчик Т.Н.*

Почти все препараты, использующиеся в настоящее время в курсах

эрадикационной терапии *N. pylori*, обладают способностью к активации печеночных систем детоксикации и включены в список лекарств, которые следует с осторожностью применять у пациентов с заболеваниями печени. Побочные эффекты при лечении схемами тройной терапии наблюдаются по результатам разных авторов с частотой от 19,8% до 38,3% случаев, а при использовании квадротерапии – у 47% больных.

**Цель исследования:** сравнить частоту развития побочных эффектов в группах больных, проходящих курс эрадикационной терапии *N. pylori* без добавления, и с добавлением гепатопротектора Эссенциале-форте Н.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 75 пациентов (50 мужчин и 25 женщин) в возрасте от 18 до 46 лет. Исследование проведено на *N. pylori*-позитивных больных, среди которых преобладали больные с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Все больные были обследованы согласно стандартам диагностики и получали лечение в соответствии с протоколами лечения, принятыми в РБ. Из исследования исключались больные с заболеваниями печени. В качестве терапии первой линии была использована трехкомпонентная схема с высокой эрадикационной эффективностью (омепразол, амоксициллин и кларитромицин в течение 7 дней). Больные были разделены на 2 группы; в контрольной группе (48 больных) гепатопротектор не назначался. Больные основной группы (27 человек), дополнительно получали препарат Эссенциале Н. Препарат применяли в виде в/в инъекций по 10 мл, курс лечения – 10 дней.

**Результаты и их обсуждение.** Побочные явления в контрольной группе отмечались у 26 человек (54,1%). Чаще всего пациенты отмечали жидкий стул, вздутие и урчание в животе, тошноту, боль и ощущение дискомфорта в правом подреберье. В основной группе больных, где был назначен дополнительно препарат гепатопротекторного действия (Эссенциале-форте Н), все пациенты отметили хорошую переносимость курса лечения. Побочные эффекты были отмечены у 6 больных (23,1%), однако степень их выраженности была значительно ниже, чем в контрольной группе.

**Заключение.** Таким образом, дополнительное включение в курс эрадикационной терапии *N. pylori* гепатотропного препарата Эссенциале-форте Н позволяет снизить частоту развития побочных эффектов и улучшить переносимость эрадикационной терапии *N. pylori*.

Литература:

1. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина и др.; Под общ. ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: Литтерра, 2006. – 552 с.

## ОЦЕНКА СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИМ

**Пырочкин А.В., Пилецкая Е.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Научный руководитель - д.м.н. профессор Лис М.А.*

За последние десятилетия интерес клиницистов привлечен к роли изменения механических свойств сосудов эластического типа (аорта, общие сонные артерии (ОСА)) в развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ). Снижение растяжимости артериальной системы служит независимым фактором риска смертности от ССЗ, поскольку эластические свойства сосудов, особенно крупных, позволяют сделать периферический кровоток непрерывным. Кроме того, внимание исследователей привлекает функциональное состояние эндотелия сосудистой стенки, роль которого в



регуляции сосудистого тонуса путем синтеза сосудосуживающих и вазодилатирующих субстанций является определяющей.

**Целью нашего исследования** было изучение параметров растяжимости общих сонных артерий и оценки функционального состояния эндотелия у больных ИБС, перенесших ИМ, что в комплексе позволяет оценить свойства сосудистой стенки.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 50 больных с ИМ спустя 4 недели от развития острого коронарного синдрома и 20 практически здоровых лиц. Средний возраст в группе больных составил  $49,9 \pm 0,07$  лет, а в группе здоровых  $44 \pm 0,68$ , соответственно. 70% обследованных больных страдали артериальной гипертензией невысоких степеней I-II. С помощью ультразвукового аппарата Philips P700 произведено исследование ОСА по стандартной методике. Измерялись систолический и диастолический диаметры (d, см), величина комплекса интима-медиа (КИМ, мм). Параметры растяжимости сосудов оценивали по коэффициентам растяжимости (КР), эластичности (КЭ) и упругости (КУ). Функциональное состояние эндотелия оценивалось по методике, описанной D.Celemajer, путем оценки пробы с гиперемией плечевой артерии (ПА). Полученные результаты представлены в таблице.

**Параметры растяжимости ОСА, проба с реактивной гиперемией ПА**

| Параметры                            | Больные ИМ                  | Здоровые                   |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Исходный диаметр ПА, см              | $0,39387 \pm 0,005$         | $0,40 \pm 0,005$           |
| Поток-зависимая дилатация ПА, %      | $1,739 \pm 0,0162$          | $9,5 \pm 2,3^*$            |
| КЭ, $\text{мм}^2/\text{мм. рт. ст.}$ | $0,092872 \pm 0,005$        | $0,182 \pm 0,002^*$        |
| КР, $\text{мм. рт. ст.}^{-1}$        | $0,002875 \pm 0,000169$     | $0,041 \pm 0,001^*$        |
| КУ * $10^5 \text{ Н/м}^2$            | $7,82676 \pm 0,5016$        | $3,43 \pm 0,15^*$          |
| КИМ, мм                              | $0,92 \pm 0,0247$           | $0,72 \pm 0,01^*$          |
| d, мм                                | $6,653545 \pm 0,086$        | $6,65 \pm 0,048$           |
| САД/ДАД, мм.рт.ст                    | $127 \pm 1,269/81 \pm 0,72$ | $121 \pm 2,11/78 \pm 1,22$ |

\* Изменение параметров достоверно по сравнению с контролем ( $P < 0,05$ )

**Обсуждение и выводы.** В покое средний диаметр ПА достоверно не различался между группами. Поток-зависимая дилатация ПА у больных ИМ значительно снижена, что указывает на наличие выраженной дисфункции эндотелия у больных ИМ. Кроме того, у обследованных больных уменьшены КЭ, КР, и увеличен КУ, что указывает на выраженное снижение эластических свойств ОСА. Учитывая, что АД в группе пациентов и здоровых лиц достоверно не отличалось на момент обследования, можно сделать вывод, что в основе изменений эластических свойств сосудистой стенки в большей степени лежат причины органического характера, на что также указывает достоверное увеличение КИМ у больных. Терапия больных ИМ должна быть направлена на коррекцию дисфункции эндотелия и улучшение упруго-эластических свойств сосудистой стенки.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

**Ракевич М.В., Сквородко Е.Е.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель - доцент, к.м.н. Полинский А.А.*

Проблемы, связанные с грыжами, имеют большое медицинское, социальное и экономическое значение. По статистическим данным, 2-4% населения имеют грыжи

передней брюшной стенки. Ежегодно в нашей стране выполняется несколько тысяч подобных операций. В России герниопластика выполняется примерно у 180 тысяч больных, в Германии - у 280 тысяч, в США - более чем у 500 тысяч. При герниопластике необходимо укрепление слабого места передней брюшной стенки, где собственные ткани показали свою несостоятельность.

В последнее столетие большинство операций, осуществляемых по поводу грыж, выполнялось под "натяжением", путем укрепления слабых мест апоневротическими дубликатами, мышцами или какими-нибудь протезами, трансплантатами и т.п. Однако частота рецидивов достигала 10%, а при сложных грыжах - 30% и более. Причиной этого являлось сшивание неоднородных, рубцовоизмененных тканей, зачастую с натяжением их для плотного соприкосновения, что противоречит биологическим закономерностям заживления ран.

В поисках путей уменьшения количества рецидивов за последние 10-15 лет была разработана концепция "ненатяжной" герниопластики с использованием сетчатых имплантатов из синтетических полимеров. На сегодняшний день наиболее часто (70-80%) при паховых грыжах применяют герниопластику без натяжения по методике Лихтенштейна. Основной ее принцип - укрепление всей задней стенки пахового канала синтетическим материалом (сеткой), который полностью закрывает треугольник Гессельбаха. При использовании данного метода не возникает натяжения тканей пахового канала, вследствие чего резко снижается частота рецидивов. Имплантированный протез удерживает ткани в фиксированном положении, стимулируя образование соединительной ткани, являясь каркасом для ее врастания, с последующим формированием надежного «протезного апоневроза». Герниопластика без натяжения является не только лечебной, но и профилактической процедурой, сокращая процент рецидивов до (1,1-2,2)%.

Нами проведен анализ результатов лечения больных, имеющих паховые грыжи, находившихся на лечении в клинике общей хирургии на базе УЗ «4 ГКБ г. Гродно». Проведен опрос пациентов, в результате чего выявлены причины, приводящие к образованию грыжи и к ее рецидиву. Установлено преимущество ненатяжной методики герниопластики с использованием эндовидеохирургических приемов перед рутинными натяжными методами пластики паховых грыж. Применение ненатяжного метода лечения паховых грыж существенно ускоряет этап выздоровления, сокращает время пребывания больных в стационаре, резко уменьшает количество рецидивов паховых грыж и является косметически более оправданным.

Литература:

1. [www.Med74.ru](http://www.Med74.ru)
2. [www.androdoctor.ru](http://www.androdoctor.ru)
3. [www.hernioplastica.ru](http://www.hernioplastica.ru)
4. [www.medicus.ru](http://www.medicus.ru)
5. «Симультанные лапароскопические операции у больных с двухсторонними паховыми грыжами» - Гордеев Сергей Александрович, многопрофильная клиника ЦЭЛТ, [www.rambler.ru](http://www.rambler.ru)

# **БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

***Редутко Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

**Целью данного исследования** являлось изучение причин и структуры госпитализированной заболеваемости по поводу неврологической патологии.

Единицей наблюдения послужили каждый случай госпитализации в неврологическое отделение железнодорожной больницы областного центра за 2006 год. В связи с этим проведена выкопировка интересующих признаков из первичной медицинской документации общей численностью 866 человек.

Поток госпитализированных формируется за счет направлений врачей поликлиники, что составило 84,4%, по скорой помощи – 10,5%, городских и районных больниц (5,1%). По экстренным показаниям поступил каждый девятый пациент (11,1%).

В основном в неврологический стационар доставлялись больные после 24 часов от начала заболевания (91,7%), в первые 6 часов – 5,5%, в промежутке от 7 до 24 часов – 2,8%.

Прослеживалась незначительная сезонность в госпитализации: интенсивность нарастает в феврале и марте, соответственно, 10,4% и 15,5%, а также осенью и зимой с октября по декабрь, соответственно, октябрь – 8,2%, ноябрь – 9,2%, декабрь – 12,1%.

Причиной  $\frac{3}{4}$  всех госпитализированных (75,3%) явились 6 нозологических форм: вертеброгенная люмбагия 17,1% и вертеброгенная цервикокраниалгия 6,5%, дискогенный радикулит 12,2%, дисциркуляторная энцефалопатия 14,5%, атеросклероз сосудов головного мозга 6,7%, инфаркт мозга 18,3%. Среди них (как и среди всех, кроме пациентов с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ)), значительное влияние на уровень госпитализации оказывал возраст. Формируясь в основном в возрасте 30-39 лет, интенсивность поступления в стационар нарастает в среднем на треть в каждом последующем десятилетии, достигая максимальных цифр в 60-69 лет.

Имеются и половые особенности при некоторых заболеваниях. Так, от последствий ЧМТ среди лечившихся 80,1% мужчин, вертебральная цервикокраниалгия – 89,3% женщин, инфаркт мозга – 64,5% мужчин, рассеянный склероз 77,7% женщин.

В целом все пациенты провели в стационаре 18024 дня, что составило  $20,8 \pm 0,3$  дня на одного пациента.

Таким образом, при планировании мероприятий по медицинскому обслуживанию неврологических больных, необходимо принимать во внимание медико-социальные, возрастные факторы, формирующие уровень и структуру госпитализаций исследуемого контингента.

# СИНДРОМ ОСТРОГО СТРЕСС-ОБУСЛОВЛЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

*Решетник О.С., Войтович В.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с  
курсом клинической биохимии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. В.В. Губарь*

По данным литературы последних лет, эрозивно-язвенное поражение (ЭЯП) желудка и 12-перстной кишки выявляется у 75% больных в первые часы пребывания в отделении реанимации, а у 14% этих больных развивается желудочно-кишечное кровотечение, летальность при которых достигает 64%. Поскольку, наряду с другими факторами, ведущая роль принадлежит нарушениям кровотока в стенке желудка, можно ожидать, что совершенствование методов и терапии, направленных на диагностику и ликвидацию нарушений периферического кровотока, должно привести к снижению частоты развития этих осложнений. Вышеуказанные сведения о частоте ЭЯП относятся к пациентам взрослого возраста.

**Цель исследования:** проанализировать частоту развития, структуру причин, результаты диагностики и интенсивной терапии ЭЯП ЖКТ у детей с неотложными состояниями.

**Материалы и методы:** исследования выполнены путем ретроспективного анализа истории болезни 57 пациентов реанимационного профиля в возрасте от 2-х месяцев до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации Гродненской областной детской клинической больницы с 2002 – по 2007 год. В зависимости от профиля исходной патологии, все больные разделены на следующие группы: 1 группа – пациенты с политравмой (3); 2 группа – пациенты с ожоговой болезнью (6); 3 группа – пациенты после травматичных оперативных вмешательств (10); 4 группа – пациенты с сепсисом (3); 5 группа – пациенты с заболеванием ЦНС (8); 6 группа – пациенты с заболеванием системы дыхания (21); 7 группа – пациенты с прочими заболеваниями терапевтического профиля.

Аналізу подвергались клинические данные о характере исходной патологии, наличии факторов риска желудочно-кишечного кровотечения (Cook D.J. et al., 1994), врожденных пороков развития, результаты исследования локализации и характера ЭЯП ЖКТ, сроки их формирования, методы профилактики и лечения этих осложнений, летальность.

**Результаты исследования:** при анализе установлено, что формирование ЭЯП ЖКТ наблюдалось у пациентов хирургического и терапевтического профиля различного возраста и при различной реанимационной патологии. Формирование ЭЯП ЖКТ чаще всего диагностировалось на 4- 5 сутки после формирования неотложных состояний и начала проведения интенсивной терапии, что согласуется с аналогичными данными, полученными у взрослых пациентов (Гельфанд Б.Р. и соавт., 2002 г.). Частота развития этого осложнения возрастает у больных с исходным заболеванием системы дыхания, после травматичных оперативных вмешательств, с заболеваниями ЦНС и прочими заболеваниями терапевтического профиля; а также у больных с ожоговой болезнью, сепсисом и политравмой. Абсолютными показаниями для проведения профилактики ЭЯП ЖКТ являются: ИВЛ, гипотензия, в том числе, обусловленная септическим шоком и коагулопатия (ДВС – синдром). Эти же факторы являются ведущими при формировании кровотечений и стрессовых язв ЖКТ. На протяжении исследуемого периода у наблюдаемых нами больных проводилась антисекреторная и



гастропротекторная терапия, раннее назначение энтерального питания, что в целом способствовало нормализации моторики ЖКТ и повышению устойчивости слизистого барьера. Положительным результатом вышеуказанных мер является отсутствие летальности у наблюдаемых нами пациентов с эрозивно-язвенными кровотечениями.

**Выводы:** у детей с неотложными состояниями в комплексе мер интенсивной терапии должны применяться мероприятия по профилактике ЭЯП ЖКТ и фиброгастроскопический контроль в процессе лечения.

## **ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА**

***Рогач В.Г., Мордасевич И.В., Тявловская Н.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель проф. Климович И.И.*

Повреждения печени относятся к наиболее серьезным по тяжести и по сложности распознавания и лечения. Изолированные повреждения печени встречаются редко (7,6%), в большинстве наблюдений (77,6%) повреждения печени бывают множественными и сочетанными. Последние годы отмечаются ростом числа больных с травмами живота (ТЖ), что обусловлено дорожно-транспортным травматизмом, несчастными случаями на производстве и другими чрезвычайными ситуациями, число которых, к сожалению, не уменьшается. При ТЖ большинство авторов указывают, что повреждение печени (ПП) встречается у 10–20% пострадавших, при этом летальность составляет 45–60%.

**Цель:** изучить ретроспективные результаты лечения пациентов с ПП.

**Материал и методы.** В БСМП г. Гродно с 2001 по 2007 гг. находилось на лечении 67 пациентов с ПП. Анализируемые истории болезней были разделены на 2 группы: 47 выздоровевших (70,2%) и 20 умерших (29,8%). В первой группе среди выздоровевших было 35 мужчин (74,5%), женщин – 12 (25,5%). Больных в возрасте от 15 до 19 лет было 7 (14,9%), 20–29 лет 15 (31,9%), 30 – 39 лет - 14 (29,8%), 40 – 49 лет – 8 (17,0%), 50-59 лет – 3 (6,4%). По механизму травмы выявлено ножевое ранение в 19 случаях, падение с высоты – у 8, ДТП – у 12, удар – у 7 пациентов. В состоянии алкогольного опьянения находилось 32 больных (47,7%). Время от момента травмы до поступления составило от 20 минут до 3,5 суток. Время от поступления до момента операции у 52 больных составляло менее часа, у 15 – от 2- 4 часов. Во второй группе – умершие больные – было 14 (70,0%) мужчин, женщин 6 (30,0%). Пациенты в возрасте от 15 до 19 лет составляли 2 (10,0%), от 20 до 29 лет 3 (15,0%), от 30 до 39 лет – 3 (15,0%), от 40 до 49 лет – 4 (20,0%), от 50 до 59 лет – 3 (15,0%), старше 60 лет – 5 (25,0%). Механизм травмы – ДТП в 8 случаях, падение с высоты – у 7, удар – у 2, ножевое ранение – у 2, травмирующий фактор не установлен у 1 пациента. Состояние алкогольного опьянения было зарегистрировано у 5 (25,0%) больных, причем, двое из них злоупотребляли алкоголем. Время от получения травмы до поступления в стационар составляло, как правило, менее 1 часа. Время от поступления до операции не превышало 2 часов.

**Результаты и обсуждение.** Клиническая картина травмы печени определяется характером повреждения самой печени и сопутствующих повреждений других органов. У всех наших больных имели место боли в животе, признаки внутрибрюшного кровотечения, травма в анамнезе. Снижение АД ниже 100мм рт.ст. было у всех умерших больных, среди выздоровевших – у 41 (61,2%). Напряжение мышц передней брюшной стенки живота и симптомы раздражения брюшины отмечались у 62 (92,5%) первой и 19 (95,0%) больных второй групп. Притупление в отлогах места живота

имело место, соответственно, у 47 (70,1%) и 18 (90,0%) больных. У 21 (31,3%) больного отмечались болезненность и нависание передней стенки прямой кишки при исследовании пальцем. При лабораторных исследованиях отмечались снижение показателей красной крови, лейкоцитоз. Для диагностики повреждения печени применялись УЗИ брюшной полости, лапароцентез, лапароскопия, с помощью которых устанавливалось наличие свободной жидкости (крови) в брюшной полости, что являлось показанием к экстренной операции. Кровопотеря у выздоровевших больных составляла от 200,0 мл до 2,0 литров, у умерших – от 500,0 мл до 2,5 литров. Производилась реинфузия крови при отсутствии повреждений полых органов и проведения пробы на гемолиз. При ушивании ран печени использовались П-образные швы с укреплением сальника на ножке, реже – серповидной или круглой связкой, при повреждении диафрагмальной поверхности печени выполнялась гепатопексия, атипичная резекция печени произведена у 3 больных. В 1-й группе у 3 больных, наряду с повреждением печени, было повреждение кишечника, у 4 – закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ). У всех умерших была сочетанная травма (множественные переломы ребер, ЗЧМТ, переломы конечностей и таза, травматический шок, повреждены селезенка, желчный пузырь, кишечник, воротная вена). Летальность - 29,8%.

## КОММУНИКАЦИЯ КАК ФАКТОР КУЛЬТУРЫ

*Родцевич О.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель - к.и.н., профессор Лукьянова Л.И.*

Сегодня в высокоцивилизованном обществе, где люди могут свободно путешествовать по всему земному шару, необходимо помнить об уникальности и особенности культуры той страны, в которой пребываешь. Существуют некоторые различия в культурных ценностях Запада и Востока, незнание которых может привести к определенным неудобствам. Перечислим некоторые из них.

**Язык.** Речь – событие, которое требует сосредоточенности. В Америке, конечно, писал Александр Иванович Герцен, ожидают, что аудитория будет соблюдать тишину, но здесь к молчанию не относятся с таким трепетом. Аудитория может несколько раз прервать речь аплодисментами – в Азии на такую практику смотрят подозрительно. Аплодисменты здесь иногда воспринимают, как мычание или икание в Америке, то есть, как попытку заставить оратора замолчать.

Немалую роль играют при разговоре и **жесты**, которые обычно используются в одной культуре, могут ассоциироваться со значением, совершенно отличным, от его значения в другой культуре. Например: сложенные в кольцо большой и указательный пальцы в Америке означают «о'кей», но не имеют такого же значения в Южной Азии. Там это – непристойные жесты. Их называют «кинами» (т. е. кин имеет положительное значение в одной культуре, а в другой – противоположное).

В Индии не приняты рукопожатия, вместо этого используют традиционный жест: поднимают ладони к подбородку, со словами: «Намасте». Именно так в Индии приветствуют друг друга и своих гостей. Однако мужчины легко могут поздороваться с вами за руку в знак исключительного дружелюбия.

**Контакт взглядов.** В западных странах считается важным смотреть во время общения на тех, к кому обращаешься. Если же этого не происходит – говорящего считают неискренним. Поговорка гласит: «Если кто стоит перед тобой, а на тебя не смотрит, - не верь ему». В африканской же культуре контакт взглядов не обязателен. А

в азиатском мире взгляд мужчины женщине или женщины мужчине в глаза считается запрещенным (исключение может быть только для мужа и жены). В Японии контакт взглядов во время речи считается дурным тоном. Японский оратор во время речи обычно смотрит куда-то в бок.

**Непосредственность.** Люди западных культур, а особенно американцы, непосредственны в отношениях с людьми других культур. Они, не колеблясь, критикуют, когда считают это необходимым. В азиатских культурах непосредственность не практикуется, а, особенно, если это переходит в неприятную критику. В японской культуре, если ответ должен быть негативным, нормально не отвечать вообще.

**Религия.** Каждый любит свою собственную религию или вероисповедание. Индуисты, католики, буддисты-хинаяны или мусульмане демонстрируют горячую любовь к своей религии. Иногда из любви к ней человек может ненавидеть другие религии. Любые сомнения в религиозных верованиях нетерпимы. Когда индивид высмеивает верования других религиозных групп, он рискует нарваться на насилие с их стороны.

Таким образом, любая культура включает комплекс ценностей, убеждений, ожиданий и обычаев. В каждой культуре ее члены учатся поступать специфическим способом. Культурные обычаи – важные аспекты коммуникации, и любой, кто не знает обычаев другой культуры, автоматически захлопывает двери между собой и культурой другой страны. Вот почему, отправляясь в другую страну, чтобы не попасть впросак, полезно познакомиться с особенностями культурной коммуникации данного народа.

Литература:

1. Ситирам К.С., Когделл Р.Т., Основы межкультурной коммуникации, Человек, 1992 № 2, стр. 51-64; Человек, 1992 № 4, стр. 106-116; Человек, 1992 № 5, стр. 100-107;

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЦЕЛЛЮЛЕЗЫ И АМИЛОЗЫ ОКСИДАМИ АЗОТА**

***Ромашко А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей и биоорганической химии*

*Научный руководитель – к.х.н, доц. Болтromeюк В.В.*

Полимеры, содержащие ионогенные группы, находят в настоящее время широкое применение в биологии и медицине для разделения, очистки и фракционирования различного рода биологических продуктов, выведения из организма токсичных ионов, присоединения низкомолекулярных лекарственных веществ с целью улучшения их свойств (продолгования действия, увеличения растворимости, снижения токсичности).

В медицине для этих целей широко применяются производные полисахаридов: декстрана, целлюлозы. Их преимущество перед синтетическими полимерами состоит в том, что они постепенно гидролизуются в организме ферментами и, тем самым, исключается возможность их отложения в тканях органов.

Наибольшее распространение в этой области среди производных целлюлозы находит монокарбоксилцеллюлоза (МКЦ), содержащая в своих элементарных звеньях  $\text{COOH}$ -группу. Она образуется при окислении оксидом азота (IV) первичной гидроксильной группы пиранозного цикла [1]. Однако макромолекулы окисленной целлюлозы сравнительно медленно распадаются в биологических жидкостях, т.к. образованы  $\beta$ -гликозидными связями. Это делает невозможным применение для практических целей образцов с высокой молекулярной массой. В связи с этим

значительный интерес представляет использование окисленного природного полисахарида амилозы, содержащегося в растительном крахмале. Элементарные звенья в ее макромолекулах соединяются между собой 1,4- $\alpha$ -гликозидной связью, которая легко расщепляется ферментом амилазой. Нами было осуществлено сравнительное окисление оксидом азота (IV) образцов целлюлозы (в виде медицинской ваты) и выделенной из растительного крахмала амилозы.

Окисление проводили растворами  $N_2O_4$  в гексане при температуре 17-19 $^{\circ}C$ . Концентрация оксида азота варьировалась от 20 до 40 %, весовое соотношение субстрата и окислителя (модуль ванны) от 1:5 до 1:10.

Окислению подвергались воздушно-сухие образцы с содержанием влаги не более 5%. После окончания реакции образцы элюировались на воздухе для удаления сорбированных оксидов азота, а затем многократно промывались дистиллированной водой (целлюлоза) или водно-уксусной смесью (амилоза) и исследовались на содержание карбоксильных и карбонильных групп.

Проведенные экспериментальные исследования выявили существенные различия между исходными веществами по результатам воздействия на них оксидов азота. Во всех проведенных опытах образцы амилозы окислялись с гораздо большей скоростью, чем целлюлоза. За сравнительно короткий промежуток (4-5 часов) даже при самых низких значениях концентраций  $N_2O_4$  (20%) и модуля ванны (1:5) удается достичь полного окисления всех первичных гидроксильных групп. Для целлюлозы аналогичный результат получается только при длительном воздействии реагента (5-8 суток). При этом в значительной степени идут деструкционные процессы и накопление карбонильных групп.

Таким образом амилоза значительно легче чем целлюлоза окисляется оксидом азота. При этом нежелательные побочные процессы (деструкция, образование карбонильных групп) выражены гораздо слабее. Это позволяет сделать вывод о принципиальной возможности замены МКЦ на окисленную амилозу.

Литература:

1. Болтрон, В.В. Сравнительное изучение окисления целлюлозы и ее медно-щелочного соединения оксидами азота // Вести АН РБ. сер. хим. н. – 1993. - №2. - С.83-87.

## РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

*Ромашова Е.С., Зюлковская Е.А., Терешко Н.Н.*

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

Классическими, иммунологическими органами принято считать тимус, костный мозг, селезенку, лимфатические узлы. В этих органах происходит созревание и дифференцировка клеток иммунной системы, в первую очередь, лимфоцитов. Между тем, и печень является своеобразным и, можно утверждать, уникальным анатомическим и иммунологическим органом. В ней обогащенная антигенами кровь из желудочно-кишечного тракта проходит через сеть синусоидов и сканируется антигенпрезентирующими клетками и лимфоцитами. Популяция печеночных лимфоцитов селективно обогащается NK-клетками и Т-киллерами, которые играют важнейшую роль в первой линии иммунной защиты против действующих патогенов, модулируют поражение печени. Циркулирующие лимфоциты вступают в тесный контакт с антигенами, находящимися на эндотелиальных клетках, купферовских



клетках, печеночных резидентных дендритных клетках, в синусоидах. Важным является то, что циркулирующие лимфоциты, кроме того, контактируют непосредственно с гепатоцитами, поскольку эндотелий синусоидов фенестрирован и отсутствует базальная мембрана. Эта уникальная анатомическая особенность в печени может облегчать прямое и опосредованное праймирование лимфоцитов, модулировать иммунный ответ на гепатотропные патогены, особенно, поступающие из желудочно-кишечного тракта, и обуславливать некоторые уникальные иммунологические свойства этого органа, в частности, его способность индуцировать антигенспецифическую толерантность.

Очевидно, патологические изменения функции и структуры печени, возникающие при ее заболеваниях, могут вызвать серьезные нарушения метаболизма и иммунного статуса организма. Данные литературы по изучению иммунного статуса у крыс с экспериментальной патологией печени малочисленны и противоречивы, хотя такие исследования могли бы дать важную информацию для более полного выяснения роли иммунной системы как в развитии печеночной недостаточности, так и ее влиянии на иммунный статус в целом.

Особенно важную роль играет печень в становлении и функционировании иммунной системы как в пренатальном, так и постнатальном развитии. Поражение печени вызывает изменения всех компонентов иммунной системы: гуморального и клеточного звеньев, факторов неспецифической резистентности. Поэтому для лечения и профилактики осложнений этих заболеваний, наряду с использованием гепатопротекторов, витаминов, дезинтоксикационной, гормональной, противовирусной терапии, целесообразно своевременное применение иммуномодулирующих лекарственных средств, т. е. средств, направленных на восстановление нарушенного иммунитета. Кстати, многие гепатопротекторы обладают свойствами иммуномодуляторов.

По мере того, как мы будем больше узнавать о механизмах захвата, презентации и узнавания антигена в печени, биологические механизмы так называемого толерогенного «печеночного эффекта» будут постепенно раскрываться, и роль печени как органа иммунной системы, будет постепенно выяснена. Вопросы, которые в настоящее время остаются без ответа:

- как можно манипулировать «печеночным ответом» для изменения естественного хода событий при поражении печени вирусами;
- как изменяются механизмы формирования иммунного статуса при инфицировании внутрикишечными паразитами;
- насколько аутоиммунные процессы в других тканях сопровождаются поражением печени;
- насколько велика роль печени в нарушении иммунитета в случае развития новообразований в этом органе?

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКРЕНА И ХАРТИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ГЕМОДИНАМИКИ**

***Ромашова Е.С., Мартинович Ю.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель – к.м.н., ассист. Варнакова Г.М.*

С начала 90-х годов  $\beta$ -адреноблокаторы и ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) сохраняют позицию препаратов первой линии в лечении артериальной гипертензии. Этиологическая, патогенетическая гетерогенность

АГ и различная чувствительность больных к лекарственным средствам зачастую являются причинами недостаточной эффективности терапии.

С целью более адекватного подхода к выбору гипотензивного препарата необходимо учитывать тип нарушения гемодинамики у каждого пациента.

Нами проведено клиническое исследование гипотензивной активности 2 препаратов: кардиоселективного  $\beta$ -блокатора локрена (французской фирмы Sanofi-synthelabo) и ИАПФ хартила (венгерской фирмы Egis) у больных умеренной АГ. Обследовано 26 больных (19 женщин и 7 мужчин) в среднем возрасте  $52,6 \pm 5,83$  лет с длительностью заболевания  $11,5 \pm 4,5$  лет без признаков выраженной сердечной недостаточности.

До начала исследования у всех больных определяли уровень гликемии, показатели липидного обмена (содержание холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности), ионограмму, проводили ЭХО-кардиографическое исследование, оценивали показатели центральной гемодинамики.

В зависимости от типа нарушения центральной гемодинамики сформированы 2 группы больных. I группу составили 10 пациентов с гиперкинетическим типом гемодинамики. Им назначался локрен в дозе 0,01 г в сутки в течение 10 дней. Во II группу были включены 16 больных с гипокинетическим типом гемодинамики, которые получали хартил также в течение 10 дней по 0,01 г в сутки однократно.

Контролировали уровень АД и ЧСС в 1-й, 7-й и 10-й день от начала лечения.

При анализе результатов установлено, что в I группе систолическое АД (САД) до лечения составило  $170,6 \pm 7,5$  мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) –  $105,4 \pm 4,6$  мм рт.ст., а на 7-й день приема локрена у 8 больных достигло целевого значения – ниже  $140/90$  мм рт. ст. и сохранялось таким до конца исследования. У 2-х пациентов на 7-10 сутки эффект был расценен как удовлетворительный, так как АД снизилось более чем на 10%, но не достигло целевого уровня.

У всех больных наблюдались уменьшение ЧСС в процессе исследования и нормализация сердечного выброса по данным центральной гемодинамики.

Во II группе у всех обследованных под влиянием хартила отмечена стабилизация АД на 7-е сутки САД с  $166,0 \pm 2,82$  снизилось до  $130,8 \pm 3,02$ , а ДАД с  $102,7 \pm 2,17$  до  $79,3 \pm 2,03$ . При оценке показателей центральной гемодинамики выявлена тенденция к снижению общего периферического сопротивления и увеличению сердечного выброса.

Таким образом, результаты настоящего исследования указывают на высокую эффективность локрена и хартила у больных умеренной АГ, а также целесообразность их дифференцированного применения с учетом типа гемодинамики.

## **ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА**

*Русецкая Е.Э.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – Шавель Ж.А.*

Целью нашего исследования явилось изучение топографической анатомии срединного нерва. Нами изучена топография срединного нерва на трех трупах человека. Во всех рассмотренных случаях срединный нерв начинается из двух корешков подключичной части плечевого сплетения – латерального и медиального, которые сливаются на передней поверхности подмышечной артерии, охватывая ее с двух сторон. Нерв сопровождает подмышечную артерию в подмышечной ямке, а затем прилежит к плечевой артерии в медиальной борозде плеча. Вместе с плечевой артерией

в локтевой ямке нерв проходит под апоневрозом двуглавой мышцы плеча, где отдает ветвь локтевому суставу. На предплечье срединный нерв подходит под поверхностный сгибатель пальцев и ложится между ним и глубоким сгибателем пальцев, доходит до лучезапястного сустава и направляется на ладонь. На плече срединный нерв не дает ветвей. Наиболее крупной ветвью срединного нерва на предплечье является передний межкостный нерв, идущий по передней поверхности межкостной перепонки вместе с передней межкостной артерией.

На ладонную поверхность кисти срединный нерв проходит через канал запястья вместе с сухожилиями сгибателей пальцев и под ладонным апоневрозом делится на конечные ветви. Конечными ветвями срединного нерва являются три общих ладонных пальцевых нерва, которые располагаются вдоль первого, второго и третьего межпальцевых промежутков под поверхностной ладонной дугой и ладонным апоневрозом. Общие ладонные пальцевые нервы делятся на 7 собственных ладонных пальцевых нервов, которые идут к обоим сторонам 1, 2, 3 и к лучевой стороне 4 пальца.

Таким образом, во всех изученных нами случаях срединный нерв берет начало от двух пучков плечевого сплетения, не давая ветвей на плече, иннервирует большую часть мышц передней группы предплечья, а также делится на свои конечные ветви на ладонной поверхности кисти.

## **МЕТОД РЕВИЗИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ДРЕНАЖЕЙ**

*Русецкая А.Р.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – ассист. Милешко М.И.*

**Цель:** Улучшить результаты лечения больных с эндобилиарным дренированием желчных ходов, осложнившимся обтурацией дренажа методом ревизии и восстановления его проходимости с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

В настоящее время для декомпрессии желчных протоков и устранения холемии у больных с длительной механической желтухой используют сочетанные и этапные вмешательства: лапароскопическая холецистостомия, механическая литотрипсия и литоэкстракция, пункционное чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных путей под полипозиционным рентгено-телевизионным и ультразвуковым контролем. Все эти методы сопровождаются наружным дренированием желчных путей [Хирургическое лечение холелитиаза у больных с высоким операционным риском. / П.Я. Сандаков [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т. 7. – № 1. – с.147–148; Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy – five years study / J. Hibal [et. al.] // The 60<sup>th</sup> Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons / Abstracts. – Warszawa. – 12-15 IX 2001. – P. 101]. Лечебный эффект от наружного дренирования объясняется устранением желчной гипертензии, отведением наружу токсичной желчи, а также быстрым купированием явлений холангита. Все эти моменты способствуют нормализации гемодинамики в печени и улучшению функции гепатоцитов [Ciesielczyk, B. Algorytm postępowania po przezskórnym drenażu dróg żółciowych / B. Ciesielczyk, M. Skommer // The 60<sup>th</sup> Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons / Abstracts. – Warszawa, 12-15.IX.2001. – P. 92; Safety and usefulness of percutaneous transhepatic cholecystoscopy examination in high-risk surgical patients with acute cholecystitis / H.J. Kim [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2000. – Vol. 52, N 5. – P. 645–649].

Во время ухода за наружными билиарными дренажами возникает проблема восстановления их проходимости. Дренажи обтурируются мелкими конкрементами, густой замазкообразной желчью, что нарушает их функционирование и часто сопровождается гипербилирубинемией. Нами предложен метод ревизии и восстановления проходимости билиарных дренажей с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

В желчные ходы по просвету дренажной трубки под рентгеновским контролем вводится катетер Фогарти, заполненный контрастным веществом. Манжета катетера раздувается в пределах просвета верхушки дренажа и катетер извлекается. Вместе с катетером из просвета дренажа извлекаются мелкие конкременты, замазкообразная желчь, - восстанавливается проходимость.

Нами проведена ревизия и восстановление проходимости наружных дренажей с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем у 10 больных с механической желтухой различного происхождения, находившихся на лечении во II-м хирургическом отделении 4-й городской клинической больницы г. Гродно. Возраст больных был от 20 до 87 лет. Общее состояние больных в день поступления, в подавляющем большинстве, расценивалось как средней тяжести и тяжелое. Всем больным было выполнено наружное дренирование желчных ходов. В послеоперационном периоде произошла обтурация дренажа мелкими конкрементами. Ревизию и восстановление проходимости дренажа осуществляли при помощи катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

**Вывод:** ревизия и восстановление проходимости эндобилиарных дренажей с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем позволяет осуществлять эффективный уход за дренажами.

## **ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МИКРОФЛОРУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПЕРИТОНИТОВ**

**Русин В.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

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

*к.м.н., доцент Жмакин А.И.*

Лечение гнойных перитонитов является трудной задачей практической хирургии. Несмотря на большие достижения в разработке новых антибактериальных препаратов, по-прежнему продолжают поиски новых методов и средств эффективного воздействия на бактериальную микрофлору. В литературе появились сведения об эффективном использовании фотодинамической терапии для лечения гнойных ран, профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза. В связи с этим, ряд вопросов, касающихся непосредственного воздействия лазерного излучения на бактериальную микрофлору, требует уточнения.

**Цель исследования.** Изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения различных спектральных диапазонов ( $\lambda = 0,67$  мкм,  $\lambda = 0,89$  мкм) на некоторых бактериальных возбудителей.

**Материал и методы.** В качестве тест – объекта взяты *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*. Возбудителей отдельно засеивали на пластинчатый мясо-пептонный глюкозный (1%) агар в концентрации, необходимой для роста. После засева опытные чашки облучались лазерным излучением ( $P=25,5$  мВт/см<sup>2</sup>). Контрольные чашки оставались интактными. Все чашки в течение суток термостатировали при 37°C, после чего подсчитывали количество выросших колоний.



Проведенные исследования показали, что низкоинтенсивное лазерное излучение различных спектральных диапазонов ( $\lambda=0,67$  мкм,  $\lambda=0,89$  мкм) при плотности мощности излучения  $25,5 \text{ мВт/см}^2$  не оказывает угнетающего воздействия на культуры *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis*.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕСТИРУЮЩЕЙ СРЕДЫ WEB TEST SERVICE**

***Русина Е.И., Ромская А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – к. ф.-м. н., доцент Клинецвич С.И.*

В работе исследуются функциональные возможности компьютерной тестирующей среды (КТС) Web Test Service (WTS), v. 1.0 (автор - Стрик О.Н., сайт КТС - <http://test.grsmu.by>).

Web Test Service имеет свои несомненные достоинства и недостатки. Ниже мы перечислим основные достоинства WTS.

- о Возможность использования трех общепринятых схем тестирования – локальное и тестирование в компьютерной сети (Intranet и Internet).

- о Применение при разработке компьютерных тестов идеологии тем, что позволяет гибко формировать тесты, включающие несколько тем.

- о Возможность использования неограниченного числа вопросов в теме/тесте и значительного количества ( $\leq 20$ ) вариантов ответов.

- о Неограниченное число символов в вопросе и в вариантах ответов.

- о Рейтинговая система оценки (начисляются «штрафные» баллы за попытку угадывания варианта ответа).

- о Однако в процессе массового применения КТС выявлены следующие недостатки WTS, основные из которых мы перечислим ниже.

- о Возможность использовать лишь один тип вопросов – текстовый.

- о Текстовая информация не всегда корректно воспроизводится на экране монитора.

- о Не во всех Internet-браузерах отображается индикатор времени – в результате тестируемый должен ориентироваться на посторонние источники для отсчета времени.

- о WTS имеет слабо развитый (по сравнению с ведущими КТС) интерфейс разработчика тестов.

- о Шрифтовое исполнение тестовых заданий не отвечает требованиям науки тестологии.

- о Отсутствует возможность установки весовых коэффициентов на вопросы и на варианты ответов.

- о При тестировании применяются лишь одна схема – переход к очередному вопросу с возможностью пропустить вопрос.

- о В тестах не предусмотрен ввод инструкции по выполнению тестового задания.

- о В тестирующей среде не предусмотрено досрочное завершение теста.

- о В КТС Web Test Service не реализованы различные механизмы выставления итоговой оценки (зачет/незачет, 5-, 10-, 100-балльная шкала и др.).

- о Схема начисления итогового балла не прописана – не только тестирующийся не знает механизма аккумуляции баллов за выполнение тестовых заданий, но зачастую и сам преподаватель не может дать внятной информации по данному вопросу.

- о В тестирующей среде WTS не реализована возможность адаптивного тестирования.

- о В KTC Web Test Service отсутствует возможность режима выдачи подсказок на неправильный ответ.
- о В KTC не предусмотрена регистрация (авторизация) тестируемого.
- о Отсутствует возможность выдачи итогового протокола в удобной для преподавателя форме. Принятая форма выдачи результата индивидуального тестирования - несовершенна – отсутствуют персональные данные тестируемого и тема компьютерного теста.
- о В рассматриваемой KTC отсутствует возможность ведения итоговой статистики тестов.
- о Низкая обновляемость WTS – на сегодняшний день существует первая и пока единственная версия среды – 1.0.
- о KTC не прошла сертификацию в качестве инструмента для измерения уровня знаний.

## **ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА**

***Русина Е.И.***

*Гродненский государственный университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Хомич Е.Н.*

Среди трёх основных подсистем медицинской терминологии на первом плане стоит подсистема анатомической номенклатуры, которая включает в себя все наименования анатомических наименований. Современная анатомическая номенклатура включает в себя несколько тысяч анатомических терминов. В нашем исследовании, посвященном лексико-грамматическим особенностям анатомических терминов, мы ограничиваем поле своего исследования анатомическими латинскими терминами костей черепа. Материалом для нашего исследования стал учебник «Анатомия человека» под редакцией М.Г. Привеса, а также «Анатомический словарь. Латинско-русский. Русско-латинский». Т.Г. Казаченок.

Наше исследование ставит перед собой следующие цели: а) составление словаря анатомических терминов костей черепа; б) составление латинско-русского словаря слов, образующих терминологию костей черепа; в) определение моделей анатомических терминов костей черепа; г) определение наиболее часто встречаемых словообразовательных элементов; д) определение наиболее часто встречаемых грамматических категорий. Основным методом нашего исследования является статистическая обработка полученных данных.

Собранный нами материал позволяет сделать следующие выводы:

1. В анатомической латинской терминологии костей черепа преобладают слова латинского происхождения. Слова греческого происхождения, хотя и представлены в значительном количестве, но составляют меньшинство.

2. Унификация латинской анатомической терминологии привела к тому, что в латинских терминах костей черепа используются только две части речи: имя существительное и имя прилагательное.

3. Использование только существительных и прилагательных привело и к унификации грамматических категорий. Используются только именительный и родительный падежи единственного и множественного числа.

4. Словообразовательные модели сводятся к трём способам словообразования: суффиксальному, суффиксально-префиксальному и сложению.

Литература:

1. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия человека. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2005. 102 – 123 с.
2. Казаченок Т.Г. Анатомический словарь: Латинско-русский. Русско-латинский. – Мн.: Выш. шк., 1984. – 400 с.
3. Дворецкий И.Х. Латинско-русский словарь: - М.: Рус. яз., 1986. – 840 с.

## ГРЕЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ И СОВРЕМЕННАЯ ОБРАЗОВАННОСТЬ

*Руткевич Н.Л.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

*Научный руководитель – к.и.н., профессор Лукьянова Л.И.*

Античная культура считается величайшим творением человечества. «Вступая в мир Греции, мы чувствуем, что на нас веет родным воздухом, - это Запад, это Европа», {1} –

писал Александр Иванович Герцен.

Зачеркнуть или поставить под сомнение неповторимую роль греческой культуры в истории человечества (или, по крайней мере, Западного полушария) критика не способна, да и не стремится. Культуру Древней Греции – в самых разнообразных формах и проявлениях, сознательно и неосознанно – наследует неисчислимое множество людей, ее влияние в сегодняшнем мире необозримо, не поддается учету. Всегда греческая древность была вызовом «современностям», контрастом, волнующим ум и чувства, манящим, удивляющим, соблазняющим, прекрасным. Критика же чрезмерно радикальная, уничтожающая, обнаруживает свою слабость не только перед этим неоспоримым фактом современности, но и перед фактом самой древности.

Вообще, уже давно было замечено и сказано, что любой разговор о Греции сводится, по преимуществу, к разговору об Афинах, бесспорном лидере греческого мира. «Город-государство» представлял собой общество, в котором царило своеобразное равенство и чувство собственного достоинства, основанные на органичной заинтересованности в общем деле, на сознании крайней важности и даже необходимости в личном участии каждого гражданина в управлении государством и его защите. Непосредственное, не ведающее и не допускающее никаких сомнений, чувство единства личного и общего – вот краеугольный камень полисного жизнеощущения. Также ощущение единства и взаимосвязанности всех греков перед лицом не греческого, варварского мира было столь же естественным и непосредственным, как любовь к малому своему отечеству.

Сравнение античной Греции с детством человечества, которое, как и всякое детство, неовозвратимо и навсегда сохраняет в воспоминаниях взрослого неувядающую прелесть, восходит еще к самой античности. Детскость греков – это, в первую очередь, жадная любознательность, способность и вечная готовность изумляться, свежесть восприятия, интерес и вкус к детали, энергия, быстрота ума, юная любовь к жизни, к физическому существованию, к собственному телу, сильному и прекрасному. И бок о бок с этой детской, шумною, шаловливою радостью жизни – глубокая серьезность в отношении к себе и к окружающим, и бесстрашие, отличающее лишь мудрую зрелость, и величавое спокойствие духа, и вместе с тем, черное отчаяние, ужас перед жизнью, всего более свойственные порою увядания.

Древнегреческая культура оказала огромное влияние на развитие европейской цивилизации. Достижения греческого искусства легли в основу эстетических

представлений последующих эпох. Без греческой философии, особенно Платона и Аристотеля, невозможно было развитие ни средневековой теологии, ни философии Нового времени. До наших дней в своих основных чертах дошла греческая система образования. Древнегреческая мифология и литература уже много столетий вдохновляют поэтов, писателей, художников и композиторов. Значение древнегреческой культуры столь велико, что недаром времена ее расцвета мы называем «золотым веком» человечества. И теперь, спустя тысячелетия, мы восхищаемся идеальными пропорциями архитектуры, непревзойденными творениями скульпторов, поэтов, историков, ученых. Эта культура – самая человеческая, она и до сих времен дарит людям мудрость, красоту и мужество.

Литература:

1. Полевой В.М. Искусство Греции. М., 1970, с. 90.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ г. ГРОДНО КАК КРИТЕРИЙ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ**

***Руцкий К.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

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

Здоровье – это естественное состояние организма, которое позволяет человеку полностью реализовать свои способности, без ограничения осуществлять трудовую деятельность при максимальном сохранении продолжительности активной жизни.

Важнейшим компонентом оценки состояния здоровья населения является изучение заболеваемости, ее структуры и динамики. Показатели общей и первичной заболеваемости всего населения г. Гродно и Гродненского района в период 2002-2006 гг. характеризовались устойчивой тенденцией к росту со среднегодовым темпом прироста, соответственно, 3,9% и 3,6%, и были выше среднеобластных показателей. В 2006 году, по сравнению с 2002 годом, показатель общей заболеваемости возрос на 8,5%, с 2005 годом – на 4,9%. Рост первичной заболеваемости составил, соответственно, 6,8% и 3,6%. По сравнению с 2005 годом рост показателей общей и первичной заболеваемости населения зарегистрирован практически по всем классам болезней, за исключением первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения, которая снизилась. Первые ранги в структуре общей заболеваемости взрослого населения в 2006 году занимали болезни системы кровообращения (21,4%), органов дыхания (17,0%), травмы и отравления (9,1%), органов пищеварения (8,3%). В структуре общей заболеваемости подростков г. Гродно и Гродненского района в 2006 году первые ранги занимали болезни органов дыхания (41,9%), органов пищеварения (9,5%), травмы и отравления (9,2%), болезни глаза и его придаточного аппарата (8,7%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,9%). Основной вклад в структуру первичной заболеваемости внесли болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные болезни.

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения отдельных районов г. Гродно, по данным поликлиник №3, №4, №5, лидирующие позиции занимали болезни системы кровообращения (соответственно, 22,4‰, 26,6‰; 34,8‰) и органов дыхания (соответственно, 25,1‰, 19,1‰, 18,0‰). Значительный процент всех заболеваний приходился на долю пищеварительной и мочеполовой систем. Данные поликлиник на протяжении 2005 - 2006 годов оставались стабильными, так, например численность больных сердечно-сосудистой патологией в поликлинике №3 (м.-р.



Румлёво) в 2005 году составила 2132, а в 2006 году – 2241 человек.

Наибольший интерес представляют данные, построенные на основе сравнения количества состоящих на учете больных по различным заболеваниям в разных поликлиниках, расположенных не только в различных районах города, но и экологически отличающихся условиях. Так, количество заболеваний системы органов кровообращения в 5-ой поликлинике (в пересчёте на 10000 человек - 3098 случаев в 2005 году и 3467 случаев в 2006 году) существенно превосходило аналогичные данные по поликлиникам №3 (соответственно, на 10000 человек - 2132 случаев в 2005 году и 2241 случаев в 2006 году) и №4 (соответственно, на 10000 человек - 2391 случаев в 2005 году и 2655 случаев в 2006 году). По другим заболеваниям также наблюдались различия, но они не были столь существенны. Интерес вызвал тот факт, что количество больных, которые состоят на учете с новообразованиями, болезнями нервной системы в поликлинике №5, значительно больше, чем в других поликлиниках г. Гродно. Так, уровень болезней нервной системы в поликлинике №5 был в 2 - 4 раза выше, чем в поликлиниках №3 и №4. Население, обслуживаемое поликлиникой №5, проживает в районе, непосредственно прилежащем к санитарно-защитной зоне химкомбината «АЗОТ». Исследования, подтверждающие экологически обусловленный характер указанной патологии, будут продолжены.

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*Сабко Р.С., Стадник Е.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель - проф. Климович И.И.*

Прободная язва относится к наиболее сложным и опасным осложнениям язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которое наблюдается приблизительно у 10-15% больных, страдающих язвенной болезнью. Однако в зависимости от воздействия факторов внешней и внутренней среды возможно колебание от 3 до 34%. Часто прободение язв наблюдается в возрасте от 21 до 59 лет, но наиболее часто в последние 10 лет встречается в возрасте от 20 до 29 лет.

**Цель:** изучить особенности клиники и диагностики прободных язв желудка и 12-перстной кишки.

**Материал и методы:** нами проанализированы результаты диагностики прободных язв желудка и 12-перстной кишки (12-ПК) у 192 больных, лечившихся (1999-2007 гг.) в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно. Прободная язва желудка была у 53 (27,6%) больных, язва 12-ПК у 139 (72,4%). Средний возраст больных составил 39,7 года. Самому молодому пациенту было 18, самому старшему 91. Мужчин было 170 (88,5%), женщин – 22 (11,5%), 80% больных проживают в городской местности, у 40% пациентов прободение произошло в апреле-мае. Первую группу крови имели 44% больных, у 28% была вторая группа крови, 24% третья группа крови и 4% имели четвертую группу крови. Резус фактор был положительным у 76% больных.

Типичные случаи перфорации язвы диагностируются врачами скорой помощи и подтверждаются в хирургическом отделении, что было отмечено у 118 (61,5%) наших больных. Атипичная перфорация наблюдалась в 74 (38,5%) случаях, у всех этих пациентов клиническая симптоматика была стертой и нетипичной, в результате чего все больные были доставлены бригадой скорой помощи с другими диагнозами (желчнокаменная болезнь, почечная колика, острый панкреатит, острый холецистопанкреатит, острый аппендицит, острая спаечная кишечная непроходимость,

гастроэнтерит). У 5 пациентов была прикрытая перфорация, которая сочеталась с профузным кровотечением, у 1 пациента наблюдалась язва, осложненная декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка, у 1 больного была язва луковицы двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы, у 1 больного была выявлена целующаяся язва двенадцатиперстной кишки с развитием разлитого фиброзно-гнойного перитонита, у 1 пациента была хроническая каллезная язва, в остальных случаях были отмечены перфорации язв задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки с незначительным перфоративным отверстием при выраженном спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости. Из 192 пациентов в хирургическом отделении первоначальный правильный диагноз был установлен сразу в первые часы поступления у 166 (86,5%), а у 26 (13,5%) после динамического наблюдения, подробно собранного анамнеза и проведения дополнительных исследований (ФГДС, рентгенография, рентгеноскопия, лапароскопия). У 10 человек произошло двухфазное прободение, имевшее типичную клинику прободения полого органа. У 16 пациентов наблюдались «немые» язвы. Эту группу больных составили пациенты мужского пола, средний возраст которых был равен 19,4 годам.

Таким образом, клинические проявления прободных язв желудка и 12-ПК разнообразны, проявляются индивидуально у каждого конкретного больного, что необходимо всегда учитывать.

## **КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

***Савицкий В.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра дерматовенерологии с курсом эндокринологии*

*Научный руководитель – к.м.н. Барцевич И.Г.*

Для обеспечения преемственности в организации раннего выявления и диагностики кожных заболеваний, в выборе стратегии и тактики профилактики важное значение имеет объективная информация о формировании потока госпитализируемых.

В связи с этим, целью данного исследования явилось изучение структуры кожной заболеваемости, явившейся причиной госпитализации. При выкопировке предусмотренных программой признаков использован сплошной метод учета госпитализированных в дерматовенерологическом диспансере областного центра за 2004 год общей численностью 729 случаев.

Основную массу госпитализированных составили мужчины (60,1%), оставшаяся часть приходилась на женщин (39,9%),  $P < 0,05$ . Преобладание доли мужчин, находившихся на стационарном лечении, можно объяснить соответствующим соотношением мужчин и женщин среди больных исследуемой патологии.

Ведущей причиной госпитализации в кожное отделение являются дерматиты (42,9%), среди которых преобладают такие разновидности, как простой раздражительный контактный дерматит (12,2%), атопический дерматит (7,1%), аллергический контактный дерматит (6,6%) и другие дерматиты (17,0%). Причиной каждой четвертой госпитализации в стационар (24,7%) явился псориаз.

Удельный вес лечившихся варьирует в зависимости от возраста. Наиболее высокие показатели зарегистрированы у лиц 60 лет и старше (15,6%), в возрастных группах 20-24 года (14,0%), 50-54 года (11,4%), а самые низкие цифры – в возрастной группе 55-59 лет (5,5% от всех поступивших) и 30-34 года (5,9%).

Установлена незначительная сезонность в госпитализации: интенсивность нарастает весной (26,9%), а самая низкая в зимние месяцы (23,5%).

Что касается дней недели, то основная масса пациентов поступала в

понедельник (27,6%), а выписывалась в пятницу (28,4%).

Довольно редко встречались такие заболевания, как гнездная алопеция – 0,5%, опоясывающий лишай – 0,5%, лишай красный плоский – 2,0% и др.

Диагноз направившего учреждения совпал в 73,0% случаев. Наибольшее расхождение диагнозов зарегистрировано при простом раздражительном контактном дерматите (38,0%), себорейном дерматите (37,9%), пиодермии (34,1%) и крапивнице (32,0%).

На протяжении года 1,6% пациентов госпитализировались повторно, что связано с псориазом, простым раздражительным контактным дерматитом, атопическим дерматитом, другими дерматитами, красным плоским лишаем.

У 10,3% от общего количества заболевших имелась сопутствующая патология, среди которой чаще всего встречались гипертензия (12,0%), хроническая ишемическая болезнь сердца (10,6%), варикозное расширение вен нижних конечностей (6,6%), угри (4,0%).

Средний срок госпитализации с данной патологией составил  $14,1 \pm 0,2$  дня, причем, он не зависел от наличия сопутствующих заболеваний ( $14,2 \pm 0,3$  дня), но увеличивался при имевших место осложнениях ( $15,0 \pm 0,2$  дня).

Таким образом, выявленные в процессе исследования особенности формирования контингента госпитализируемых с кожными болезнями могут послужить научной основой для разработки адресной направленности мер первичной профилактики изученной патологии.

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ В 1920 гг.**

**Савич С.С.**

*Витебский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Научный руководитель - ст. преподаватель Петрище Т.Л.*

**Актуальность.** Основу системы лекарственного обеспечения (СЛО) Республики Беларусь составляет фармацевтическая служба. Она является тем звеном, которое связывает между собой производителей лекарственных средств (ЛС) и их потребителей.

Согласованная работа всех структурных подразделений системы обеспечивает население качественными фармацевтическими услугами, эффективными, безопасными и доступными ЛС. Во многом основные тенденции, которые наблюдаются в современном фармацевтическом секторе нашего государства, предопределены прошлым историческим опытом развития. История позволяет в ряде случаев конструктивно решать современные проблемы [1, 2].

**Цель.** Выявление и анализ основных закономерностей формирования фармацевтической службы Витебского региона в 1920-е гг.

**Методы:** исторический и логический.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного историко-фармацевтического исследования установлено, что становление государственной фармацевтической службы Витебской губернии происходило на фоне сложных социально-политических процессов (последствия первой мировой войны, революций, польской и немецкой оккупации и т.д.). Эти процессы порождали многочисленные негативные явления (прежде всего, товарный, финансовый и кадровый дефицит), преодоление которых имело важное значение для развития государства [3].

20 декабря 1917 г. было упразднено Врачебное управление Витебской губернии. Вместо него создана санитарно-медицинская секция при Совете рабочих, солдатских и крестьянских депутатов. В числе подотделов был фармацевтический, который ведал торговлей парфюмерными, косметическими и аптечными товарами. В апреле 1919 г. санитарно-медицинская секция преобразована в Губздравотдел. На основании его постановления (1922) вместо фармацевтического подотдела создано Управление аптечными предприятиями. В подчинении Управления были все аптеки, аптечные склады, магазины по торговле медицинскими товарами. Аптеки г. Витебска в 1920-е гг. работали с 9.00 до 22.00, а дежурные аптеки – круглосуточно. ЛС отпускались в течение часа после их заказа (за исключением рецептов с пометкой «cito»). В аптеках работали управляющий, рецептариус, субрецептариус, ассистенты 1-й и 2-й категории, кассир. Каждая аптека должна была иметь следующие помещения: приемная; ассистентская; кокторий; материальная комната; кабинет управляющего; комната персонала [1, 2, 3].

Один из главных принципов работы: аптекари не должны давать советы с целью увеличения выгоды аптеки. Подобные действия, по мнению руководителей фармации, также потворствовали знахарству, и считались неприемлемыми в новых социальных условиях.

**Выводы.** В 1920-е гг. государственная политика в сфере лекарственного обеспечения была направлена на 1) создание системы централизованного управления аптечной службой и расширение аптечной сети, в т.ч. в сельской местности; 2) оптимизацию лекарственного обеспечения с учетом реальных ресурсов и возможностей; 3) преодоление негативных явлений в аптечном деле, имевших место в предыдущий период; 4) построение аптечной службы в рамках единой государственной системы здравоохранения.

Литература:

1. Годовальников, Г.В. История лекарствоведения / Г.В. Годовальников. – Молодечно: «Тип. «Побед», 2007. – 256 с.

2. Гореньков, В.Ф. Фармация Беларуси XX века / В.Ф. Гореньков, С.В. Гореньков. – Минск: Минсктиппроект, 2001. – 272 с.

3. Петрище, Т.Л. Управление и организация деятельности фармацевтической службы Витебской губернии в 1921 году / Т.Л. Петрище, В.С. Глушанко // Вестник фармации. – 1998, № 1. – С. 55-58.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА У МАЛЬЧИКОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

***Савостина И.С., Дрогайцева Д.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра детской хирургии*

*Научный руководитель - ассист. Хмеленко А.В.*

Крипторхизм - аномалия эмбрионального развития, при которой к моменту рождения плода одно или оба яичка не опускаются из забрюшинного пространства в мошонку. Врожденная дисплазия и воздействие повышенной температуры повышают риск малигнизации неопущенного яичка в 50 и более раз. Дегенеративные изменения отчетливо прослеживаются уже с 2-3 летнего возраста, в связи с чем оперативное лечение рекомендуется выполнять именно в этот период. Заболевание требует более глубокого изучения, разработки вариантов не только оперативного, но и поиск способов улучшения дальнейших результатов с помощью консервативного лечения.

**Цель исследования:** исследовать и провести анализ оперативного лечения



детей с крипторхизмом.

**Материалы и методы:** были изучены истории болезни 53 мальчиков, находившихся на лечении в отделении плановой хирургии и урологии Гродненской ОКБ в 2007 году с различными формами неопущения яичек.

**Результаты:** за 2007 год в хирургическом отделении ГОДКБ проведено оперативное лечение 53 мальчикам с крипторхизмом. Из них 17 пациентов - из г. Гродно, 36 - из Гродненской обл. У 35 мальчиков патология выявлена с рождения, у других - в более поздние сроки, преимущественно, во время профилактических осмотров в школе. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,7 дней.

Диагноз «Левосторонний паховый крипторхизм» выставлен в 12 случаях, «Правосторонний паховый крипторхизм» - в 21, «Двусторонний брюшной крипторхизм» - в 2, «Двусторонний паховый крипторхизм» - в 5 случаях. Атрофия яичек выявлена у 3 мальчиков, гипоплазия - у 6, гипотрофия - у 2. Эктопия яичка - 2 случая.

Среди пациентов нами выделено 4 возрастные группы: до 4 лет - 8, 4-6 лет - 10, 7-10 лет - 10, старше 10 лет - 12.

Оперативное лечение преимущественно осуществлялось путем низведения яичка в мошонку по Петривальскому-Шумахеру (33 пациента), в 10 случаях использован метод Микстера. Низведение яичка в мошонку с фиксацией на шарике выполнено в 5 случаях. В 5 случаях в связи с выраженными дегенеративными изменениями в яичке последнее было удалено. 2 пациентам с брюшной формой крипторхизма потребовалось выполнение второго этапа операции.

Пластика пахового канала по Мартынову произведена у 32 мальчиков (до 5 лет - 7 пациентам). Проведено оперативное лечение сопутствующих заболеваний у 3 мальчиков. Выполнена операция Розера в 2 случаях с гипертрофическим фимозом и удалена сообщающаяся киста семенного канатика.

#### **Выводы:**

1. Основным методом лечения крипторхизма является операция Петривальского-Шемакера.

2. Оперативное лечение неопущения яичек необходимо выполнять в более раннем возрасте (2-3 года), что требует своевременного выявления данной патологии.

Литература:

1.Исаков Ю.Ф. Долецкий С.Я. Детская хирургия. Руководство для врачей//М. «Медицина», 1970г.

2.Ерохин А.П. Крипторхизм, 1995г.

## **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОЙ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН**

**Савостина И.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

В настоящее время патология органов мочевой системы у детей остается серьезной и значительной проблемой в педиатрии. Отмечается рост числа заболеваний мочевыделительной системы у детей различных возрастных групп. При этом частота нефропатий значительно выше (в 6-10 раз) в группе детей высокого риска, родившихся

у матерей с отягощенным акушерским анамнезом.

С этой целью изучена первичная медицинская документация (история развития ребенка) детских поликлиник. В данное исследование включены выкопированные сведения о 101-м ребенке с заболеваниями мочевой системы 5-ти городов Республики Беларусь (Гродно, Пинск, Рогачев, Солигорск, Столин, Молодечно, Волковыск).

Среди исследованных почти две трети (63,4%) составили девочки и 36,6% - мальчики. По возрастному признаку нами выделены 4 возрастные группы: до 1 года – 9,9%, от 1 до 4 лет – 33,7%, 5-9 лет – 42,6% и 10-14 лет – 13,8%. Дети дошкольного возраста в большинстве (70,7%) посещают ясли-сад, 57,4% - занимаются в школе, 2,0% - в гимназии. Все дети состояли на диспансерном учете по поводу заболеваний мочевых органов. Большинство (73,3%) взяты на диспансерный учет на 1-м месяце от установления диагноза, 8,9% - на втором и 17,8% - на третьем. Причем, до постановки на учет каждый третий ребенок – 32,0% (мальчики – 35,0%, девочки – 30,0%) страдал другим заболеванием.

Среди изученного контингента значителен удельный вес (32,0%) часто и длительно болеющих детей (ЧДБ). Количество ЧДБ максимально в интервале 1-4 года (52,0%) и с увеличением возраста уменьшается: 5-9 лет – 38,0%, 10-14 лет – 19,0%. По группам здоровья дети распределились следующим образом: 1 группа – 4,0%, 2-я - 36,0% и 3-я – 60,0%. Психическое развитие, психомоторная сфера, интеллект, эмоции в норме и соответствуют возрасту у всех детей. Физическое развитие у большинства нормальное, однако у каждого девятого имеются отклонения в виде дефицита (4,0%), избытка массы (3,0%), низкого (2,0%) или высокого роста (2,0%).

Инвалидность имеется у 5,0% детей, в том числе, у одного ребенка - приобретенная по сахарному диабету, у остальных – с рождения, обусловленная патологией мочевой системы.

Половина детей (50,0%) родилась от первой по счету беременности, 32,0% - от второй и 18,0% - от третьей. Первые роды при рождении исследуемого контингента отмечены у 36,6% женщин. Предшествующие беременности закончились в 39,6% случаев родами, в 15,8% - искусственным, в 5,9% - самопроизвольным абортom, а в 2,0% - мертвым плодом. Осложнения в родах были у каждой третьей родильницы (32,7%), из них в 27,3% случаев – внутриутробная асфиксия, 36,4% - кесарево сечение, 15,2% - обвитие пуповины, в остальных родах (11,1%) – длительный безводный период, зеленые воды, слабость родовой деятельности и стремительные роды.

Послеродовый период в основном протекал без особенностей, только в 4,0% имелось гипотоническое кровотечение, плотное прикрепление последа. Вес при рождении до 3-х кг отмечен у 13,9% новорожденных, 3,5кг и выше – у 50,5% детей. Соответственно, рост при рождении до 50см имели 9,9%, 55 см и более – 8,9% новорожденных. Оценка по шкале Апгар в 7 баллов была у 24,8% девочек и 12,9% мальчиков, а 9 баллов – соответственно у 19,8% девочек и 3,0% мальчиков.

Таким образом, при разработке комплекса мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических изменений органов мочевой системы у детей, матери которых имели неблагоприятные акушерские факторы, необходимо акцентировать внимание на превентивное динамическое наблюдение за детьми первых 3 лет жизни для раннего выявления исследуемой патологии.

## ГИБРИДНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

*Савченко А.А., Августинovich И.А., Марукович Ю.С., Гриб О.К.,  
Казбанов В.В., Дунаев Д.И., Тарасик А.О.*

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Кафедра детской хирургии, РНПЦ «Кардиология»*

*Научные руководители - Черноглаз П.Ф.; Козлов О.И., д.м.н. Дергачев А.В.*

**Цель исследования.** Представление первого обобщенного опыта применения аортальных стентграфтов в РНПЦ «Кардиология» с анализом ряда факторов, приводящих к улучшению непосредственных результатов операции.

**Материалы и методы исследования.** В РНПЦ «Кардиология» с 2001 по 2006 г. оперированы 242 пациента с аневризмами грудного и торакоабдоминального отдела аорты, с марта 2005 по март 2007 г. было имплантировано 10 аортальных стентграфтов. Все пациенты мужского пола, в возрасте от 44 до 65 лет (средний возраст 53г.).

Клинические диагнозы при поступлении:

6 - расслоение аневризмы аорты (РААо) тип 1.

1 – РААо тип В по Стенфорду.

1 – РААо тип 2.

2 - аневризма нисходящего отдела аорты (Ао).

Виды оперативного вмешательства:

2 – Рентгенэндоваскулярное стентирование (РЭВС) Ао

8 – Гибридные методики - операции на аорте и ее ветвях, сочетавшиеся со стентированием

**Результаты:**

На апрель 2007г. летальность составила 5 пациентов (50%).

Летальность после РЭВС составила – 0%., после гибридного стентирования – 5 пациентов (62.5%): 1 пациент дооперационное стентирование, 4 пациента интраоперационное стентирование; при обычной методике по данным за 2001-2006 г. – 90%.

Средний койко-день в отделении реанимации:

РЭВС - 2 суток, гибридное стентирование: 5.2 суток., обычная методика.

**Выводы.** Высокий процент летальности напрямую не связан с применением стент-графтов, а зависит от уровня расположения аневризмы и типа расслоения аорты, оперативного пособия, анестезиолога – реанимационного пособия, искусственного кровообращения, длительности ишемии организма, способа защиты миокарда, головного мозга и внутренних органов.

С учетом вышеизложенного и правильного выбора алгоритма диагностики и лечения, гибридные методики и РЭВС позволяют значительно снизить травматичность при выполнении оперативного пособия и снизить количество летальных исходов при протезировании грудной аорты.

Изолированное стентирование дуги и нисходящей аорты позволяет вообще отказаться от протезирования аорты, а использовать дополнительно только шунтирующие операции на ветвях дуги аорты и, тем самым, значительно снизить общую летальность при лечении аневризм грудного отдела аорты и нахождение (койко-день) пациента в реанимации.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ШКОЛАХ МАТЕРЕЙ

**Савчик О.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

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

**Актуальность.** Известно, что недостаток знаний в области физиологии родового процесса, послеродового периода, лактации, недостаточность психопрофилактической подготовки к родам приводят к большему числу осложнений в родах, в послеродовом периоде, быстрому переходу на искусственное вскармливание.

**Цель.** Изучение эффективности работы школы матерей по подготовке беременных женщин к родам и вскармливанию ребёнка грудью.

**Материалы и методы.** Анкетирование 81 беременной в сроке от 30 до 40 недель и родильницы, находящихся на стационарном лечении в ГКБ БСМП.

**Результаты.** Все опрошенные были разделены на группы: 1 группа – посещавшие школу матерей (39,5%), 2 группа – не посещавшие школу матерей (60,5%). Из посещавших школу матерей 56,2% посетили только 1 занятие, 6,2% – 2 занятия, 18,8% – 3 занятия, 9,4% – 4 и более занятий. Результаты исследования представлены в таблице.

| Вопрос                                                                             | Группа 1<br>(n=32) | Группа 2<br>(n=49) |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| Счит. норм. выделение молозива во время бер.                                       | 87,5%              | 85,7%              |
| Длительность родов назвали правильно                                               | 50%                | 36,7%              |
| О предвестниках родов не знают                                                     | 21,9%              | 18,4%              |
| Счит. роды обязательно очень болезненными                                          | 71,9%              | 71,4%              |
| В качестве приёмов обезболивания в родах указали на лекарственные средства         | 12,5%              | 26,5%              |
| В качестве приёмов обезболивания в родах указали на массаж, техники дыхания и т.д. | 21,9%              | 10,2%              |
| Считают, что роды возможны без применения обезболивающих препаратов                | 75%                | 77,6%              |



|                                                                                   |                     |       |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------|-------|
| Знают о физиол. желтухе новорожденных                                             |                     | 84,3% | 85,7% |
| Знают о физиол. потере веса у новорожденных                                       |                     | 90,6% | 87,6% |
| Знают о физиол. половом кризе новорожденных                                       |                     | 34,4% | 26,5% |
| Знают, что прилив молока происх. на 2-4 сутки                                     |                     | 87,5% | 91,8% |
| Отметили, что снижает лактацию                                                    | Непр.               | 43,4% | 46,9% |
|                                                                                   | прикладывание       | 21,9% | 16,3% |
|                                                                                   | Сосание пустышки    | 3,1%  | 6,1%  |
|                                                                                   | Кормление по режиму |       |       |
| Не знают, что снижает лактацию                                                    |                     | 12,5% | 12,2% |
| Считают, что лактацию снижает отсутствие сцеживания груди после каждого кормления |                     | 68,8% | 67,3% |
| Счит. нужным предохран. кормящей женщине                                          |                     | 81,3% | 85,7% |

#### **Выводы:**

1. Выявлена низкая посещаемость занятий в школах матерей.
2. Выявлено, что знания женщин, посещавших школу матерей практически сопоставимы со знаниями женщин, не посещавших занятия. Знания женщин недостаточны для благополучного течения родов, послеродового периода, успешной лактации.
3. Необходимо усиление пропаганды о посещении женщинами занятий в школах матерей.
4. Увеличение количества занятий до 4-5 с обязательным включением в обучение вопросов, касающихся физиологии и анатомии женской половой системы, физиологии родового процесса, психопрофилактической подготовки к родам, послеродового периода, особенностям гигиены и режима в послеродовом периоде, обучение женщин физиологии лактации, методам профилактики мастита, недостатка молока.

# ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

*Сайковский И.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

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

**Актуальность работы.** Острый аппендицит - одно из наиболее часто встречающихся в хирургической практике заболеваний. Число больных острым аппендицитом в хирургических стационарах общего профиля составляет до 20-50% от всех пациентов, а количество аппендэктомий, по отношению к другим неотложным операциям, достигает 70-80%. Частота осложнений острого аппендицита варьирует от 32,6 до 43%, общая частота осложнений после аппендэктомии составляет 4,2-16,2%, достигая 32,3% у больных старше 50 лет. Летальность у больных острым аппендицитом составляет по данным разных авторов от 0,14% до 0,5%, а у пожилых и старых людей 4,6%, превышая среднестатистическую в 10 раз. Процент летальных исходов кажется не столь уж и грозным, но, если учесть абсолютные цифры неудовлетворительных исходов, то они еще довольно велики. Вот почему проблема осложнений острого аппендицита остается актуальной до сегодняшних дней.

**Целью работы** было изучение характера осложнений, причин их возникновения и последствий, развивающихся у больных с острым аппендицитом до и после аппендэктомии, анализ взаимосвязей характеристик данного процесса.

## **Материалы и методы исследования.**

1. Клиническая характеристика больных (основана на анализе годовой работы ЦГКО УЗ «Больница скорой медицинской помощи» г. Гродно за 2006г и ЦГКБ г. Гродно (за период с 2001 г. по 2005 г.). Проанализирована 291 история болезни.

2. Исходя из поставленных нами задач исследования, были использованы следующие методы прикладной статистики: а) графический анализ распределений количественных показателей с построением стратифицированных гистограмм; б) корреляционный анализ; в) регрессионный анализ (линейный и нелинейный); г) анализ таблиц сопряженности; д) дисперсионный анализ.

## **Результаты исследования и выводы.**

1. Предложено нелинейное степенное уравнение регрессии, показывающее зависимость кол-ва койко-дней от кол-ва осложнений и возраста.

2. Общая частота осложнений после аппендэктомии составила 3,73%. Максимальная встречаемость заболевания приходится на возрастную группу от 21 до 49 лет.

3. Установлен процент диагностических, тактических и технических ошибок, коррелирующий с возникновением осложнений. Рост частоты возникновения осложнений пропорционален увеличению времени, прошедшего с начала заболевания до момента обращения за медицинской помощью и до начала выполнения операции.

# ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ

*Саляхова Л.Р., Бегер Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

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

В качестве критерия осведомлённости студентов первого курса были использованы сведения о соотношении показателей рождаемости и смертности. Результаты опроса девушек и юношей, обучающихся на лечебном факультете (ЛФ), медико-психологическом (МПФ), факультете медицинских сестёр с высшим образованием (ФМС) показали, что подавляющему большинству (соответственно, 84%, 70,6%, 84,6%, 81,8%, 91,3%, 83,3%) известно, что рождаемость в республике ниже смертности. В то же время, несмотря на широкое обсуждение программы демографической безопасности в средствах массовой информации, по радио и телевидению, на многочисленные публикации в периодической научной печати о демографическом положении в стране, на каждом факультете имеются студенты, не представляющие реальной демографической ситуации, сложившейся в стране. В частности, 16% девушек и практически 30% юношей, обучающихся на лечебном факультете, не дали правильного ответа. На МПФ и ФМС также часть студентов дала ошибочные ответы, что, естественно, вызывает недоумение, поскольку информация о важнейших государственных проблемах должна быть известна выпускникам средней школы. Результаты опроса студентов 2-5 курсов свидетельствуют, что обучение в медицинском университете способствует не только профессиональному, но и гражданскому росту молодёжи, в результате не только студенты 5 курса, но и 2 курса в 100% случаев правильно ответили на вопрос о демографической ситуации в республике.

Успешное выполнение задач Национальной программы демографической безопасности невозможно без активного, грамотного и сознательного участия медицинских работников. Поэтому следующий вопрос касался структуры причин смертности населения. Студенты всех факультетов в качестве основных причин смерти правомерно определили заболевания неинфекционной природы, в том числе, такие как сердечно-сосудистые заболевания и новообразования. Студенты ЛФ на второе - третье место в качестве причин смерти взрослого населения поставили «внешние причины», что демонстрирует их хорошую осведомлённость в данном вопросе. Юноши и девушки, обучающиеся на 1 курсе МПФ и ФМС, считают, что на втором месте по числу смертельных исходов в нашей стране находятся инфекционные болезни, а не «внешние причины смерти», к числу которых относятся травмы, отравления и самоубийства. Данная группа причин были сдвинута ими на последнее место, что не соответствует сложившейся ситуации. Недооценка данной группы факторов в качестве возможных причин смерти молодого трудоспособного населения существенно ухудшает демографическую ситуацию [1]. Так как количество травм, несчастных случаев, отравлений и самоубийств в государстве определяется в первую очередь образом жизни населения [2], осведомлённость первокурсников о причинах смертности граждан страны на ранних стадиях формирования личности врача будет настраивать их на более внимательное восприятие поступающей медицинской информации, в том числе социально обусловленных причин смертности; понимание значимости грамотной и своевременной медико-психологической, информационно-просветительской и воспитательной части работы врача с населением, несомненно, скажется на уровне

«внешних причин смерти» и месте данного фактора среди других причин смертности населения.

Литература:

1. Тылевич И.М., Немцова А.Я. Руководство по медицинской психологии. – Изд. 2-е, перераб. И доп. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с.

2. Козлов Н.И. Книга для тех, кому нравится жить или психология личностного роста. – М., 2001., 352 с.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПОСЛЕ ТИМПАНОПЛАСТИКИ**

***Сак В.Н., Плавский Д.М., Хоров Г.О.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Хоров О.Г.*

В настоящее время при хронических гнойных средних отитах применяются реконструктивные операции, получившие название тимпаноластики. Большинство тимпанопластических операций преследует цель улучшения слуха, хотя показания к ним могут быть и другими. Создание анатомически правильной неотимпанальной системы ещё не означает достижения функционального результата.

Препятствием к этому могут быть две основные причины:

- 1) недостаточная функция слуховой трубы;
- 2) развитие спаечного процесса в неотимпанальной полости.

Если уже во время выполнения операции отохирург применяет определённые технические решения по устранению этих причин, то зачастую в послеоперационном периоде у многих пациентов не производится никаких дополнительных процедур, направленных на достижение функционального результата.

**Цель работы:** применить и оценить послеоперационный комплекс мер для достижения функционального результата.

**Материал исследования** составил 64 больных хроническим гнойным средним отитом, которым была выполнена функционально-реконструктивная операция на среднем ухе.

Методика послеоперационного лечения включала:

- 1) продувание слуховой трубы через ушной катетер с введением суспензии гидрокортизона;
- 2) кинезиотерапию мышц нёбно-глоточного затвора;
- 3) пневмомассаж неотимпанального лоскута.

С первых дней после операции пациент начинает проводить самопродувания слуховых труб с помощью простого глотка и способа Тойнби. Рекомендуются выполнять серии продуваний 3 раза в день по 20 раз. Более активные продувания с помощью ушного катетера начинаются с 30 дня после операции. Курс продуваний составлял 12 дней. Повторение курса проводили в сроки до 3 месяцев. Исследование функционального результата осуществлялось с помощью тональной аудиометрии клиническим аудиометром АС 40 (Interacoustics). Клинико-морфологический результат оценивали по данным отоскопии, микроотоскопии.

В результате исследования было определено, что улучшение тонального слуха после тимпаноластики произошло по всему частотному диапазону, однако чаще всего наблюдалось в низкочастотном диапазоне, реже - в высокочастотном.

Оценка полученных результатов позволяет сделать следующее заключение:

- комплекс реабилитационных мероприятий должен использоваться у больных



хроническим гнойным средним отитом после тимпаноластики, что позволяет достичь стабильных функциональных результатов.

## **ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ**

**Салей А.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Гаврилик Б.Л.*

Одномоментное лечение сочетанных хирургических заболеваний в последние годы все чаще привлекает хирургов и гинекологов. Связано это, в первую очередь, с тем, что, по данным зарубежных авторов, частота сочетанных заболеваний, подлежащих оперативному лечению, составляет от 2,8 до 63%, однако, доля симультанных операций продолжает оставаться низкой и в настоящее время не превышает 1,5-6% [1]. Отмечается значительный рост случаев сочетанной патологии в настоящее время [2]. Преимущество одномоментной хирургической операции заключается в том, что она избавляет пациента сразу от нескольких заболеваний, необходимости проведения повторных операций, возникновения в послеоперационном периоде осложнений, требующих срочной операции. Кроме того, психика больных менее травмируется, так как они однократно переживают подготовку к операции и трудности послеоперационного периода, не подвергаются повторной госпитализации [3]. Необходимо отметить, что возрос интерес к симультанным операциям и в связи с их очевидной экономической выгодой. Однако многие вопросы этой проблемы окончательно не решены.

Целью данного сообщения является анализ результатов симультанных операций, выполненных в многопрофильной хирургической клинике.

Нами проведен анализ историй болезни 162 больных, которым выполнены сочетанные операции в гинекологическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно за последние десять лет. В экстренном порядке оперирована 81 пациентка. Возраст женщин колебался от 23 до 72 лет. Объем экстренного оперативного вмешательства по поводу гинекологической патологии заключался в экстирпации и надвлагалищной ампутации матки, аднексэктомии, тубэктомии, овариоэктомии, резекции яичников, цистэктомии. Наиболее частым хирургическим оперативным вмешательством был висцеролиз (61 случай), аппендэктомия (32 случая). Резекция сальника была выполнена у 20 больных, сигмостомия у 7, экстраперитонизация сигмовидной кишки у 3, пупочное грыжесечение у 2, операция Гартмана у 2 пациенток. В одном случае в связи с некрозом стенки сигмовидной кишки выполнена резекция сигмы с наложением толсто-толстокишечного анастомоза и проксимальной сигмостомией. Следует подчеркнуть, что во всех случаях особенностями хирургического оперативного лечения явился сложный висцеролиз в связи с наличием выраженного адгезивного воспалительного процесса и нарушения топографии органов таза. Однако без его выполнения невозможен необходимый объем гинекологической операции.

Таким образом, выполняемый при ургентных гинекологических операциях висцеролиз в силу указанных выше причин должен выполняться с участием опытного хирурга и относиться к разряду сочетанных хирургических вмешательств.

Литература:

1. Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: Автореф.

дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 2000. – 18 с.

2. Радзинский В.Е., Духин А.О., Костин И.Н. Репродуктивное здоровье женщины после хирургического лечения гинекологических заболеваний // Акушерство и гинекология. – 2006. - №4. – С. 51-54.

3. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. – 1993. - №3. – С. 59-63.

## **СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ**

**Салей А.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Нечипоренко Н.А.*

Применяемые в настоящее время для коррекции генитального пролапса (ГП) такие операции как передняя и задняя кольпография, а также влагалищная экстирпация матки в 24-43% случаев дают рецидивы. Причины таких результатов кроются как в недостатках технического выполнения этих операций, так и в несостоятельности соединительной ткани, что имеет место у половины больных с ГП. Факт неполноценности соединительной ткани и послужил основанием для использования синтетических материалов с целью замещения фасциальных структур тазового дна.

**Цель исследования.** Оценка эффективности хирургической коррекции выпадения и опущения внутренних половых органов у женщин с использованием полипропиленовых сетчатых протезов по технике Gynecar prolift.

**Материал и метод.** У 25 женщин в процессе обследования диагностированы следующие формы ГП: выпадение или опущение передней стенки влагалища – 8; выпадение или опущение передней и задней стенок влагалища – 6; полное выпадение матки – 7; выпадение культи влагалища после гистерэктомии – 4. Все женщины оперированы с использованием сетчатых протезов. Пластика цистоцеле проводилась сетчатым протезом в форме трапеции по технике Prolift anterior, пластика ректоцеле проводилась Т-образным протезом по технике Prolift posterior. Протезы помещались при цистоцеле в сформированное ложе между передней стенкой влагалища и задней стенкой мочевого пузыря, а при ректоцеле - между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища. Положение протеза фиксировалось ленточными «рукавами», проведенными с помощью специальных приспособлений через сухожильные дуги тазовой фасции (при пластике передней стенки влагалища) или через крестцово-остистые связки (при пластике задней стенки влагалища).

**Результаты.** Осложнений в ходе выполнения операций не было. Продолжительность вмешательства 80-90 минут, кровопотеря до 200 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнений не отмечено. Продолжительность пребывания в стационаре после операции 4-6 суток. Через месяц после операции у одной женщины диагностирован рецидив выпадения матки и эрозия слизистой задней стенки влагалища с частичной секвестрацией заднего протеза, что потребовало удаления протезов и повторной корригирующей операции. Причиной осложнения явилось нарушение техники фиксации протезов. У остальных 24 женщин в течение 1-6 месяцев после операции рецидива ГП нет, функция тазовых органов хорошая.

### **Выводы:**

1. Хирургическая коррекция ГП влагалищным доступом с использованием сетчатых протезов по технике Prolift anterior и posterior является малоинвазивной и высокоэффективной методикой лечения.

2. Строгое соблюдение техники операции является залогом хороших результатов вмешательства.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Салей А.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра психиатрии с курсом общей психологии*

*Научные руководители - д.м.н., проф. Королева Е.Г.;*

*д.м.н., проф. Угляница К. Н.*

Особенности нервно-психических нарушений при опухолях зависят от личностно-конституциональных особенностей больного, от этапа болезни, эффективности ее терапии. Практически у них почти не бывает канцерофобии, а скорее имеет место анозогнозия, «бегство от болезни». В то же время могут обостряться характерологические черты личности, нарастает напряженность.

При злокачественных новообразованиях вне мозговой этиологии отмечали зависимость психических расстройств от стадии течения рака (В. А. Ромасенко, К. А. Скворцов, 1961). В начальный период отмечаются заострение характерологических черт больных, невротические реакции, астенические явления. В развернутой фазе наиболее часто отмечаются астенодепрессивные состояния, иногда анозогнозия.

Нами были обследованы 50 женщин с первыми стадиями рака молочной железы.

С момента постановки диагноза, ставшего больному известным, соматогенная симптоматика уступает место психогенной, может появляться недоверие к диагнозу, к врачам.

Наиболее часто полученные сведения о наличии опухоли вызывает депрессивные реакции, иногда очень тяжелые, которые могут приводить к суицидальным мыслям. Известие о наличии злокачественной опухоли является для человека большим стрессом, которое нередко приводит к чувству беспомощности. А такая приобретенная беспомощность приводит к депрессии.

Кельгольц выделяет 9 симптомокомплексов депрессивных состояний: апатии, агрессии и страха, ипохондрии, неврастении, фобии, бреда с амнестической и смешанной симптоматикой.

Тремя основными «красками» депрессии являются печаль, подавленность, а также страх и агрессивность. Когда печаль глубока, то ей часто сопутствует страх. В этом страхе очень важным является элемент ожидания.

В дальнейшем это состояние может переходить в астено- депрессивное состояние с превалированием вялости, на фоне которого появляется тревога и страх. Если депрессия не очень сильная, то над страхом преобладает агрессия, которая требует большей жизненной активности. Чаще это аутоагрессия.

Для следующих стадий характерно снижение высших волевых функций, утрата желания заниматься какой-либо деятельностью, пропадают прежние интересы, прекращаются прежние контакты, становятся более замкнутыми, аутичными. Любое принятие решения становится чрезмерным.

У некоторых развивается психотическое состояние, преимущественно депрессивно-параноидное.

# ВЛИЯНИЕ ТИМОЛОЛА НА ДИНАМИКУ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

*Санько А.К., Селюн Е.С., Кринец Ж.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Сегодня глаукомой принято называть хроническую болезнь глаз, характеризующуюся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления (ВГД) с развитием трофических расстройств в путях оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ, водянистой влаги), в сетчатке и в зрительном нерве, обуславливающих появление типичных дефектов в поле зрения и развитие краевой экскавации (углубление, продавливание) диска зрительного нерва.

Одной из проблем, интенсивно разрабатываемой офтальмологами, является первичная открытоугольная глаукома (ПОУГ). Больные ПОУГ составляют значительную долю пациентов проходящих хирургическое и медикаментозное лечение в условиях стационара. Для достижения компенсации глаукоматозного процесса препаратами первой линии являются адrenoблокаторы. В нашем исследовании был использован тимолол.

**Цель исследования:** анализ результатов консервативного лечения ПОУГ тимололом.

**Материалы и методы:** под нашим наблюдением находилось 30 человек (60 глаз) с ПОУГ. Возраст пациентов составлял от 50 до 80 лет. Средний возраст больных – 69 лет, преобладали лица женского пола (67%). По стадиям больные распределились следующим образом: I стадия – 7 глаз (12%), II стадия – 33 (55%), III стадия – 15 (25%), IV стадия – 5 (8%). По величине внутриглазного давления: до 27 мм.рт.ст. – 44 глаза (73%), 28-32 мм.рт.ст. – 16 (27%). По состоянию глазного дна: ДЗН бледно-розовый без глаукоматозной экскавации – 7 глаз (12%), ДЗН бледно-серый со сдвигом сосудистого пучка – 25 (42%), ДЗН серый с глаукоматозной экскавацией – 26 (43%), ДЗН не визуализировался на 2 глазах (3%). Все пациенты имели сопутствующую патологию: со стороны органа зрения – осложненная катаракта (12 чел.), дистрофия сетчатки (3 чел.), гиперметропия (6 чел.); со стороны сердечно-сосудистой патологии – артериальная гипертензия (17 чел.), стенокардия напряжения (12 чел.); эндокринная патология – сахарный диабет II типа (1 чел.).

Всем больным проводилось исследование остроты зрения (визометрия), границ периферического поля зрения (периметрия), измерение ВГД тонометром Маклакова (тонометрия), исследование гидродинамики глаз (тонография), осмотр угла передней камеры (гониоскопия), осмотр глазного дна и ДЗН (офтальмоскопия).

В исследовании использовался тимолол 0,5% по 2 капли 2 раза в день (28 глаз), тимолол 0,5% в комбинации с траватаном 0,004% (4 глаза), тимолол 0,5% в комбинации с азоптом (5 глаз), тимолол 0,5% в комбинации с пилокарпином 1% (3 глаза). А также для поддержания зрительных функций: нейропротекторы (церебролизин или церебролизат парабульбарно по 0,5 мл), мембранопротекторы (эмоксипин 1% р-р парабульбарно по 0,5 мл), ангиопротекторы (трентал 2% р-р парабульбарно по 0,5 мл или 4–4,5 мл в/в капельно, пентоксифилин 5,0 мл на 200 мл физ. р-ра).

**Результаты:** в ходе консервативного лечения отмечается стабилизация, а в ряде случаев – улучшение зрительных функций. Так, острота зрения повысилась на 41 глазу (68%), осталось без изменений на 17 (28%), благодаря сочетанию гипотензивной терапии с нейро-, мембрано-, ангиопротекторами. Ухудшилась на 2 глазах (4%) вследствие прогрессирования имевшейся катаракты. Улучшение полей зрения: границы поля зрения расширились на 8 глазах (13%), остались прежними в 51 случае (85%),



сужение границ поля зрения отмечено на 1 глазу (2%). Отмечается стабилизация ВГД у всех пациентов (ниже 27 мм рт.ст.). Улучшение показателей гемодинамики у 5 больных (17%).

Таким образом, применение тимолола в комплексной терапии ПОУГ является необходимым компонентом для стабилизации глаукоматозного процесса.

## **СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ)**

**Сахарчук Е.Ю., Бурак Е.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

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

Системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ) – тяжелые аутоиммунные заболевания, проявляющиеся поражением многих органов и систем. К этим заболеваниям относятся системная красная волчанка (СКВ), системный склероз и дерматомиозит [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей клинической картины СКВ у детей, находившихся на лечении в УЗ «ГОДКБ» в 2004-2007 годах.

Нами проанализированы все истории болезни детей с СЗСТ (13 случаев). Из них – 3 мальчика и 10 девочек. Диагноз СКВ был выставлен 6 детям (3 мальчикам и 3 девочкам), склеродермии – 5, дерматомиозита – 2 детям. 11 детей с системными заболеваниями проживают в городах и только двое в сельской местности.

На момент начала заболевания средний возраст детей с СКВ составил  $10,4 \pm 2,16$  лет.

У всех детей с СКВ начало заболевания приходилось на весенне-летний период. Продолжительность заболеваний составила –  $4,41 \pm 1,28$  года.

У 5 детей СКВ манифестировала II или III степенью активности и сопровождалась поражением сердца у всех детей: у 3 диагностирован миоперикардит, у 2 – панкардит с сердечной недостаточностью IIА степени.

Изменения на ЭКГ выявлены у 5 детей с СКВ: изменения в миокарде левого желудочка; признаки гипертрофии левого желудочка; нарушение процессов реполяризации; брадикардия (у 1 ребенка).

Поражение кожи в виде волчаночного дерматита имело место у всех детей.

Артриты отмечены у 2 детей с СКВ, у остальных детей – артралгии.

У 4 из наблюдаемых детей диагностировано поражение почек в виде люпус-нефрита: у 2 – нефротический синдром и у 2 – на нефробиопсии выявлен диффузный пролиферативный гломерулонефрит (IV класс).

У 2 детей диагностирован люпус-гепатит, у 1 ребёнка панкреатит. Пневмонит имел место у 3 детей.

В протеинограмме у детей с СКВ отмечалась диспротеинемия с увеличением  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$  и  $\gamma$ -глобулинов; увеличение серомукоида и положительный С-реактивный белок у всех детей.

В общем анализе крови у каждого ребёнка отмечались ускорение СОЭ, лейкопения, анемия у 2 детей, у 4 – тромбоцитопения.

При изучении сопутствующих заболеваний у 2 детей диагностирован хронический тонзиллит; у 2 – аденоиды I-II ст.; у 1 ребенка – диффузный эутироидный зоб I ст.; у 3 – дискинезия желчевыводящих путей.

**Выводы:**

1. Системная красная волчанка чаще диагностируется в весенне-летний период у



городских детей.

2. Наиболее частыми клиническими проявлениями системной красной волчанки являются: люпус-дерматит, поражения сердца в виде миоперикардита, люпус-нефрит, манифестирующие на фоне II-III степени лабораторной активности воспалительного процесса.

Литература:

1. Батян Г.М., Кажарская Л.Г. Диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани у детей: Методические рекомендации. – Мн., 2002. - 23с.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЗОТЕЛИОМ**

***Селешук Е.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Силяева Н.Ф.*

Мезотелиома – редкая опухоль, источником которой является мезотелий – уплощенные полигональные клетки, выстилающие серозные оболочки. Самая частая локализация мезотелиом – плевра (90%), затем – брюшина (6-10%), крайне редко – перикард (И.М.Аничков, 1990). К мезотелиомам относят также аденоматоидные опухоли половых органов – маточных труб и придатков яичек (А.И.Смольяников, 1993).

Различают доброкачественный и злокачественный варианты мезотелиом. Доброкачественная мезотелиома, называемая фиброзной, является локализованной опухолью в виде четко отграниченного плотного узла на ножке или широком основании, чаще располагается в плевре, имеет на разрезе слоистое строение, микроскопически соответствует структуре многоклеточной фибромы.

Злокачественная мезотелиома, как правило, является диффузной опухолью в виде инфильтрата, утолщающего серозный покров, нередко приобретает вид панциря, окутывающего орган, реже, при локализации в брюшине, сальнике она может быть в виде одиночных или сливающихся узловатых образований с бугристой поверхностью, покрытой рыхлыми сосочками, секретирующими мукоидное вещество. В толще опухоли – множественные мелкие щели, полости с серозным, кровянистым или слизистым содержимым. По гистологическому строению наиболее характерной формой злокачественной мезотелиомы является эпителиоидный вариант с папиллярными, тубулярными структурами и тяжами полиморфных клеток среди фиброзной, нередко гиалинизированной стромы. Опухолевые клетки могут быть мономорфными, подобными на макрофаги, образовывать солидные скопления. Эпителиоидный вариант опухоли очень трудно отличим от аденокарциномы, скirroзного, солидного рака. Другой формой злокачественной мезотелиомы является саркоматозный вариант, подобный по структуре на ангиоэндотелиому, веретено-полиморфно-клеточную саркому. Возможен и смешанный вариант опухоли с участками эпителиоидного и саркоматозного строения. Диагностическим отличием всех видов злокачественной мезотелиомы является крайняя редкость митозов при выраженном клеточном полиморфизме (Д.И. Головин, 1990).

Для злокачественной мезотелиомы характерен медленный экзофитный рост на серозном покрове, сопровождающийся скоплением серозного, серозно-геморрагического экссудата в полостях, возможно врастание опухоли в прилежащие органы. Метастазирует злокачественная мезотелиома лимфогенно, гематогенные метастазы для нее не характерны.

Выделяют также пограничный вариант мезотелиомы- доброкачественную кистозную мезотелиому, чаще локализирующуюся в брюшине малого таза, которая может рецидивировать (Г.А.Галил-Оглы и др.,1985).

Приводится наблюдение злокачественной мезотелиомы брюшины у женщины 66 лет, клинически диагностированной как рак яичников с карциноматозом брюшины, по поводу которого больной проведена полихимиотерапия, произведена экстирпация матки с придатками и резекция сальника, затем – гормонотерапия и наложение илеостомы в связи с кишечной непроходимостью. При патоморфологическом исследовании операционного материала рак яичников, матки не обнаружен, выявленная опухоль в сальнике трактовалась как метастаз низкодифференцированной аденокарциномы. Причиной смерти больной явилась интоксикация, обусловленная диффузной злокачественной мезотелиомой брюшины, врастающей в стенку толстой кишки, и легочно-сердечная недостаточность в связи с инфаркт-пневмонией на фоне истощения.

Клинико-анатомический анализ наблюдения свидетельствует о трудности как клинической, так и морфологической диагностики мезотелиомы, непременным условием которой является исключение рака внутренних органов.

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Селешук Е.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ*

*Научный руководитель – к.м.н. ассист. Д.Б. Карев*

Переломы проксимального отдела бедра составляют 17% в структуре травм опорно-двигательной системы (на долю медиальных переломов приходится 50-55%).

По данным литературы, 70-75% травмы данной локализации отмечаются у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности этого контингента людей, анатомо-функциональные характеристики проксимального отдела бедренной кости и тазобедренного сустава, а также многочисленные осложнения общесоматического, психического и локального характера создают значительные трудности в реабилитации пациентов и являются предметом дискуссии специалистов, занимающихся данной проблемой на протяжении почти столетия. Все вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема лечения ППОБК остается актуальной не только в медицинском, но и социальном аспекте.

**Цель данной работы** - проведение сравнительного анализа способов лечения пациентов с медиальными переломами бедренной кости, который позволит выработать комплексный дифференцированный подход и хирургическую тактику в реабилитации лиц пожилого и старческого возраста с данной патологией.

**Материалы и методы:** основаны на анализе результатов у 262 пациентов, находившихся на лечении в клинике травматологии, ортопедии и ВПХ ГрГМУ. По локализации: субкапитальные-91, трасцервикальные-141, базальные- 14, диагональные-16 (в 19,3% случаев отмечен оскольчатый характер перелома). У 88,2% отмечена 3-4 степень смещения по классификации Гарден, у 61,2% переломы отнесены к 3-й группе по классификации Павелс. Использована также оригинальная классификация, учитывающая степень выраженности сопутствующей патологии.

В хирургической реабилитации пациентов использованы следующие виды

оперативных вмешательств: 222 произведен остеосинтез в различных его вариантах (остеосинтез ангулярным фиксатором АО-ASIF-78, винтами АО-92, двумя конструкциями-38, МКО-8), эндопротезирование выполнено у 46 (38 больным имплантирован однополюсный эндопротез и 2- тотальный).

**Результаты** прослежены в сроки от одного до пяти лет. Критериями оценки служили степень опорности, укорочения, объем движений в смежных суставах, а также рентгенологические показатели (консолидация, величина шеечно-диафизарного угла, наличие и степень выраженности аваскулярного некроза головки бедренной кости).

Исходя из вышеизложенных критериев, хорошие результаты отмечены у 112 (42,6%), удовлетворительные у 106 (40,3%), неудовлетворительные - у 44 (17,1%) пациентов. Среди неудовлетворительных исходов отмечено 2 летальных (во время операции эндопротезирования и в ближайшем послеоперационном периоде по 1), у 3 пациентов - нагноение послеоперационной раны, в связи с чем в 1 случае удалена металлическая конструкция.

**Заключение.** Исходя из медицинских и экономических аспектов, по отношению к пациентам пожилого и старческого возраста с медиальными переломами бедренной кости, эндопротезирование тазобедренного сустава позволяет улучшить функциональные исходы травмы; из органосохраняющих операций остеосинтез винтами, как малотравматичный вид вмешательства, способствует снижению частоты неудовлетворительных результатов.

## ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

**Сенько В.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Околокулак Е.С.*

**Актуальность проблемы.** В настоящее время установлено, что сахарный диабет первого типа является мультифакторным заболеванием аутоиммунной природы, существенная роль в развитии которого принадлежит наследственной предрасположенности, И.И. Дедов (1992). В связи с этим, верификация групп повышенного риска развития по данной патологии, выявление диабета на доклинических стадиях, возможно, позволит на многие годы отодвинуть и предотвратить развитие заболевания, его осложнений и тяжелых форм.

**Цель исследования:** установить особенности дерматоглифической конституции женщин, больных сахарным диабетом I-го типа.

**Методы исследования:** дерматоскопия, статистическая обработка при помощи стандартного пакета «Statistica 6.0».

Материалом настоящего исследования стали 230 женщин, больных сахарным диабетом I-го типа, проживающих в г. Гродно и Гродненской области. Все обследования проводились в поликлиниках по месту жительства.

**Полученные результаты.** При сравнении пальцевых дерматоглифов женщин, больных сахарным диабетом I типа с контрольной группой, наблюдалось достоверное увеличение частоты дуг на третьем (18,3% против 3,5%,  $p < 0,001$ ), четвертом (7,4% против 0%,  $p < 0,001$ ), пятом (7,8% против 0%,  $p < 0,001$ ) и завитков на втором (47,4% против 26,1%,  $p < 0,001$ ), третьем (20,9% против 7,0%,  $p < 0,001$ ), пятом (38,3% против 13,9%,  $p < 0,001$ ) пальцах правой руки, соответственно. При этом отмечено снижение частоты ульнарных петель на втором (20,0% против 52,2% в контроле,  $p < 0,001$ ), третьем (60,0% против 89,6%,  $p < 0,001$ ), пятом (53,9% против 84,3%,  $p < 0,001$ ) пальцах.

На левой руке также наблюдалось достоверное увеличение частоты дуг на третьем (35,2% против 5,2%,  $p<0,001$ ), четвертом (11,7% против 0%,  $p<0,001$ ) и пятом (17,8% против 0%,  $p<0,001$ ), радиальных петель на первом (2,6% против 0%,  $p<0,001$ ), пятом (1,5% против 0%,  $p<0,001$ ), дуг на пятом (15,2% против 5,2%,  $p<0,01$ ) пальцах руки, соответственно. При этом отмечено снижение частоты ульнарных петель на первом (58,3% против 69,6%,  $p<0,05$ ), третьем (44,8% против 80,0%,  $p<0,001$ ) четвертом (52,2% против 70,4%,  $p<0,001$ ) и пятом (65,7% против 94,8%,  $p<0,001$ ) пальцах.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о связи между типом кожных узоров и сахарным диабетом у женщин.

## ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

*Сенько В.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Околокулак Е.С.*

Актуальность проблемы. По разным источникам, в мире насчитывается от 120 до 180 млн. больных сахарным диабетом, что составляет 2-3% от всего населения планеты. И, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2025г. больных будет около 300 млн. человек. В связи с этим изучение методов первичной и вторичной профилактики сахарного диабета является весьма актуальным.

**Цель исследования:** установить особенности дерматоглифической конституции мужчин, больных сахарным диабетом I-го типа.

**Методы исследования:** дерматоскопия, статистическая обработка при помощи стандартного пакета «Statistica 6.0».

Материалом настоящего исследования стали 215 мужчин, больных сахарным диабетом I-го типа, проживающих в г. Гродно и Гродненской области. Все обследования проводились в поликлиниках по месту жительства.

Полученные результаты. При сравнении пальцевых дерматоглифов мужчин, больных сахарным диабетом I типа, с контрольной группой, наблюдалось достоверное увеличение частоты бездельтового узора на третьем (20% против 7,6%,  $p<0,001$ ) и четвертом (18,6% против 1,9%,  $p<0,001$ ) пальцах правой руки. При этом отмечено снижение частоты завитков на четвертом (44,7% против 62,9% в контроле,  $p<0,01$ ) и петель на третьем (55,3% против 69,5% в контроле,  $p<0,01$ ) пальцах, соответственно.

На левой руке также наблюдалось достоверное увеличение частоты бездельтового узора на третьем (34,9% против 3,8%,  $p<0,001$ ), четвертом (11,6% против 3,8%,  $p<0,05$ ) и пятом (6% против 0%,  $p<0,001$ ) пальцах руки. При этом отмечено увеличение частоты завитков на первом (31,2% против 15,2%,  $p<0,05$ ), третьем (18,1% против 8,6%,  $p<0,05$ ) и пятом (19,1% против 8,6%,  $p<0,01$ ) пальцах и снижение петель на первом (56,7% против 75,2% в контроле,  $p<0,001$ ), втором (31,6% против 48,6% в контроле,  $p<0,01$ ), третьем (47,0% против 87,6%,  $p<0,001$ ), четвертом (48,4% против 64,8%,  $p<0,05$ ) и пятом (72,1% против 91,4%,  $p<0,001$ ).

Также следует отметить появление радиальных петель на первом (2,3% против 0% в контроле,  $p<0,001$ ), четвертом (3,7% против 0%,  $p<0,001$ ) и пятом (2,8% против 0%,  $p<0,001$ ) левой и на первом (0,5% против 0% в контроле,  $p<0,001$ ), пятом (3,7% против 0% в контроле,  $p<0,001$ ) правой руках.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о связи между типом кожных узоров и сахарным диабетом у мужчин.



# РОЛЬ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

**Сенько В.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – д.м.н., профессор Околокулак Е.С.*

Роль психогенного фактора в возникновении и течении сахарного диабета, а также возникающих на его фоне психических нарушений давно привлекли внимание исследователей. Связь диабета и эмоционального напряжения выявил еще три столетия назад Thomas Willis (1674), который первым обнаружил сахар в моче больных диабетом. Он же отметил связь этого заболевания с душевными переживаниями. Впоследствии Клод Бернар (1937) показал роль центральной нервной системы в развитии гипергликемии.

Во второй половине XIX века сахарный диабет как «нервную болезнь» рассматривал С. Marchal de Calvi (1864), а в начале XX века – С.С Корсаков (1985) и С. Neilson (1927). Весьма показательным является возникновение диабета после длительных переживаний и острых шоковых, эмоционально значимых ситуаций. L. Hinkle (1949), развивая концепцию, рассматривающую диабет как болезнь адаптации, предполагал, что возникновение заболевания обусловлено недостаточностью психологических мер защиты личности при воздействии психической травмы. Он подчеркивал «уникальность идиосинкразической психологической реакции личности, предрасположенной к диабету, в ответ на психогенную ситуацию».

F. Alexander 1950 рассматривал диабет как одно из психогенно-соматических заболеваний и выделял в его формировании два этапа. Первый – «функциональные неполадки вегетативного эндокринного органа в результате хронического эмоционального расстройства, называемого психоневрозом» второй этап – «переход функциональных расстройств в необратимые тканевые изменения и органическое заболевание».

Большинство исследователей признавали этиологическую роль психотравмы в развитии диабета. Однако они не исключали возможности того, что психосоматическое состояние выступает в роли провоцирующего фактора. Острая эмоциональная травма или длительный психический стресс, по словам P. Benton (1953), могут лишь выявить латентный диабет, а причинная связь между состоянием эмоционального напряжения и возникновением заболевания существует только в случае предрасположенности к диабету S. Wolf (1959).

Триггерный механизм психогенного стресса, писал И.Т. Курцин (1973), характеризуется чрезвычайно важной особенностью: «оставленностью кортиковисцеральных нарушений, латентным периодом, достигающим иногда поразительно больших величин». В ответ на стресс в организме повышается выделение адреналина и кортизола, что вызывает гипергликемию. А. С. Ефимов (1985) говорил о том, что повышение стрессовых гормонов (адреналина и кортизола) может существенно влиять на клеточный иммунитет, вызывая развитие аутоиммунных реакций, что также способствует развитию сахарного диабета. Хронические стрессовые ситуации в результате сохраняющейся гипергликемии ведут к «глюкозотоксическому эффекту», снижению секреции инсулина, развитию инсулинорезистентности тканей, повышению липолиза. Все это приводит к вторичной гипергликемии и интенсификации глюконеогенеза. П.И. Сидоров (2001) отводил существенную роль активизации контринсулярных гормонов при стрессе.

Эмоциональное состояние, как правило, характеризуется гипергликемией, но у некоторых лиц развивается гипогликемический синдром, так как под влиянием



гипергликемии чрезмерно возбуждаются клетки инсулярного аппарата, что приводит к снижению содержания сахара в крови, писал С.Г. Генес (1965).

На сегодняшний день роль психогенного фактора в возникновении сахарного диабета считается доказанной. Однако не до конца ясно, эмоциональный стресс вызывает диабет у здоровых людей или он лишь проявляет латентное заболевание. Также интересно, как влияет психогенный фактор на течение сахарного диабета.

## **ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ - ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА КАРДИОТОКСИЧНОСТИ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ**

**Сенюкович А.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель – зав.каф. патофизиологии, д.м.н. Максимович Н.Е.*

Антрациклиновые антибиотики широко применяются в онкологической практике и входят в схемы лечения гемобластозов, рака легких, рака молочной железы и др. Одним из наиболее выраженных побочных эффектов этих препаратов является выраженная кардиотоксичность, в патогенезе которой участвует окислительный стресс, нарушение синтеза ДНК в кардиомиоцитах.

Изучение литературы выявило лишь незначительное количество данных о состоянии эндотелия кровеносных сосудов и роли дисфункции эндотелия в патогенезе этой патологии.

Известно, что доксорубин вызывает апоптоз эндотелиоцитов (Kotamrau S., 2000). Основная роль в патогенезе повреждения эндотелия отводится способности антрациклиновых антибиотиков образовывать активные формы кислорода.

В патогенезе повреждения эндотелия важная роль отводится нарушению интрацеллюлярного гомеостаза железа. Применение хелаторов железа значительно уменьшает апоптоз эндотелиоцитов (Kotamrau S., 2002).

Доксорубин способен взаимодействовать с системой гемостаза благодаря усилению продукции простациклина, плазминогена и активатора ингибитора плазминогена (Wakabayashi I., 2003).

Хотя факт повреждения эндотелия при использовании антрациклиновых антибиотиков следует признать установленным, некоторые авторы приводят данные о нормальном функционировании эндотелия (Hartog G. J., 2003), а в ряде случаев - даже о повышенном образовании оксида азота. Введение доксорубина крысам (1,5 мг/кг) каждую неделю в течение 9 недель значительно увеличивало уровень оксида азота в плазме крови, степень повышения которого коррелировала с выраженностью гистологических повреждений миокарда и снижением фракции выброса. Имеются данные, что доксорубин вызывает усиление транскрипции эндотелиальной NO-синтазы в бычьих легочных артериальных эндотелиоцитах благодаря образованию пероксида водорода (Kalivendi S.V., 2001), а применение ингибиторов эндотелиальной NO-синтазы уменьшает апоптоз эндотелиоцитов и уровень показателей окислительного стресса (Kalivendi S.V., 2001).

Таким образом, сведения о роли дисфункции эндотелия в патогенезе кардиотоксичности под влиянием антрациклиновых антибиотиков единичны и противоречивы, что указывает на необходимость изучения данного вопроса для разработки патогенетической терапии этой патологии.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ с АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Сенютин О.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра психиатрии*

*Научный руководитель – ассист. Станько Э.П.*

Аффективные расстройства (расстройства настроения) занимают существенное место в клинической картине больных с алкогольной зависимостью и тесно связаны с одним из основных симптомов заболевания - патологическим влечением. Причины и механизмы развития алкогольной зависимости до сих пор остаются предметом многочисленных дискуссий. Факторы, способствующие как развитию зависимости, так и возникновению рецидива, условно можно подразделить на факторы, провоцирующие употребление спиртного и особенности личности, определяющие ее реакцию на алкоголь (Морозов Г.В., 1983).

**Целью исследования** являлось изучение структуры и выраженности аффективных расстройств у больных с алкогольной зависимостью. Исследования проводились на базе отделения неотложной наркологии ГОКЦ «Психиатрия и наркология». Обследовано 53 больных с диагнозом: «Синдром зависимости вследствие употребления алкоголя, II стадия». Из них 23 больных находились с неосложненным состоянием отмены, 30 - с состоянием отмены, осложненным транзиторными сенсорными расстройствами и/или судорогами.

Основной метод изучения - клинический. С этой целью разработана специальная диагностическая карта обследования больных. Для объективизации диагноза, оценки личностных особенностей, также выраженности аффективных расстройств использовались психодиагностические методики: Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Гамильтона (21), ИТТ (интегративный тест тревожности), Фрайбургский личностный опросник (модифицированная форма В).

В результате проведенного исследования установлено, что большинство обследованных больных (66%) имели аффективные нарушения, представленные преимущественно депрессивными расстройствами. Депрессивные расстройства наблюдались у 60% больных с осложненным синдромом отмены и у 40% - с неосложненным. Степень выраженности депрессивного расстройства у 51,4% больных характеризовалась как легкая, у 31,4% - средней степени тяжести, у 8,6% - тяжелая. Ведущим депрессивным аффектом у 22,86% больных был апатический, у 28,57% - тоскливый, у 48,57% - тревожный, где у 65% больных в структуре тревоги превалировал преимущественно психический компонент, у 35% больных - вегетативный.

Таким образом, алкоголь при аффективных расстройствах является не только своеобразным «антидепрессантом», временно смягчающим выраженность клинических проявлений, но и служит фактором, усугубляющим аффективные расстройства, также способствует формированию алкогольной зависимости и возникновению рецидива. В связи с этим, представляется интересным дальнейшее изучение потребления алкоголя и выявление связанных с ним психических и поведенческих расстройств у лиц с аффективными нарушениями. Также не менее интересным представляется вопрос наличия аффективных расстройств у больных, страдающих алкогольной зависимостью в преморбидном периоде.

# ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ СОВРЕМЕННОГО РУССКОГО ЯЗЫКА СО ЗНАЧЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦА, ИХ ПРОТОТИПЫ, ВИДЫ ОБРАЗНОСТИ

*Серафинович Ю.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – зав. каф. русского и белорусского языков  
Мельникова А.А.*

Фразеология любого языка является своеобразным источником знаний о культуре народа. В устойчивых словосочетаниях закодированы сообщения о мире конкретной страны, о её истории, географии, климате, о душевном складе народа, об образе жизни в разные времена. Фразеология покрывает те участки действительности, которые связаны с человеческим видением, оценкой реалий, характеристикой психологических особенностей личности – познавательных процессов, эмоционально-волевой деятельности.

Поведение человека – это образ жизни и действий. Виды действий разнообразны. Действия входят в один ряд с такими событийными понятиями, как процесс, событие, происшествие, деятельность, поведение, поступок. Поведение человека всегда социально. Оно рассматривается как деятельность людей с учётом их отношения к другим людям и квалифицируется с точки зрения добра и зла в конкретно-исторических условиях. Обучение правилам поведения происходит с раннего детства. Нормы правильного и неправильного поведения зависят от определённой культуры. Нормы поведения, накладываемые обществом, являются положительными, вызывают одобрение поступков человека; нарушение норм и несоблюдение запретов вызывают отрицательную реакцию окружающих. Таким образом, нормы поведения закрепляются в общественном сознании и передаются из поколения в поколение с помощью языка и через языковые образы.

Фразеологизму присуща функция фиксации и накопления в его семантике общественно значимого опыта. Прототипом фразеологизма является свободное словосочетание, которое потому смогло закрепиться, стать массово воспроизводимым, что оно удачно улавливало коллективный и важный опыт людей.

Прототипы фразеологизмов могут содержать указание на детские игры: *играть в прятки /в кошки-мышки/ в жмурки*, содержать сведения об обычаях кулачного боя: *класть на лопатки, взять /брать чью-либо сторону, становиться на сторону*; о средневековом врачевании: *заговаривать зубы, выжигать калёным железом*; о русской флоре и фауне: *смотреть в лес, наломать дров, брать быка за рога*.

Также выделяются фразеологизмы, прототипы которых отражали внешний вид человека, его одежду, обувь: *посмеиваться в бороду, заткнуть за пояс*.

Прототипы фразеологизмов отражают детали традиционного русского стола: *заваривать кашу, расхлёбывать кашу, лизать /слизывать пенки/ сливки*.

Характерны прототипы ФЕ из церковной сферы: *подводить под монастырь, смотреть со своей колокольни, пускаться во все тяжкие, разводить антимонии*, а также прототипы военной жизни: *брать на прицел /на мушку, бить тревогу, брать в штыки*.

Фразеологизмы, характеризующие человека, его действия, в большинстве своём мотивированы, в них образно обобщены ассоциативные связи между предметами и явлениями объективной действительности. Значение этих фразеологизмов – обычно результат метафорического переосмысления конкретного значения словосочетания.

Среди метафорических выделяются также фразеологизмы физиологической реакции и моторной деятельности, иногда с явно иронической или гиперболической

направленностью: *лезть на стену, попасть пальцем в небо, прикусить язык, семенить ногами, воротить горы, стоять горой, метать громы и молнии, сулить золотые горы.*

Метафорическую природу имеют многие ФЕ, этимологически связанные с обычаями, суевериями, поведением животных: *заморить червячка, встать с левой ноги, рассыпаться мелким бесом, поднимать хвост, держать нос по ветру.*

Итак, мы видим, что в языковой картине мира нормативный канон языковой личности и система норм поведения закреплены и выражены в семантике фразеологизмов, обозначающих поведение и личностные качества субъекта.

Большинство ФЕ фиксирует отклонение от норм, подвергающееся отрицательной квалификации (загубить душу, пуститься во все тяжкие, с жиру беситься). Соответствие норме рассматривается как отклонение от привычного положения вещей и закрепляется в семантике ФЕ (взяться за ум, держать слово). Соответствие норме сопровождается положительной оценкой, которая связана с внутренней формой фразеологизмов, вызывающей в сознании носителя языка картины типизированные и связанные с ними ситуации, несущие в себе положительную или отрицательную оценку, выработанную коллективным сознанием предшествующих поколений.

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

***Сергиенко В.К., Омельченко Н.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии  
Научный руководитель - к.м.н., доцент Губарь В.В.*

Одной из основных управляемых причин детского травматизма в социуме являются острые экзогенные отравления (ОЭО).

**Целью нашего исследования** явилось изучение результатов интенсивной терапии и реанимационных мероприятий у пациентов детского возраста при острых экзогенных отравлениях (ОЭО) в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) УЗ «ГОДКБ» в период с 1988г. по 2007гг., и наметить пути оптимизации лечения этой патологии.

**Материал и методы:** Наше исследование выполнено на основе ретроспективного анализа историй болезни 2437 больных, которые находились на лечении в ОАРИТ с диагнозом ОЭО. При анализе учитывались следующие показатели: пол и возраст пациентов, длительность нахождения в ОИТР, этиологическая причина ОЭО, степень тяжести больного, сроки, объём и качество оказания помощи в стационаре, структура осложнений в зависимости от этиологической причины, динамика течения заболевания, структура летальности в зависимости от этиологии с учётом сроков лечения. Всем больным проводилась интенсивная терапия, направленная на выведение ядов из организма, в том числе с применением методов экстракорпоральной детоксикации, поддержания жизненно-важных функций и применения антидотов.

**В результате исследования установлено,** что за 20 лет в ОАРИТ УЗ «ГОДКБ» было пролечено 2437 пациентов, из них 1373 (56%) мужского пола и 1064 (44%) женского. Детей в возрасте до 1 года 141 (6%), от 1 года до 3 лет 1404 (58%), от 4 до 6 лет 268 (11%), от 7 до 16 лет 624 (25%). Исходя из полученных данных за весь период, обращает внимание факт, что максимальное число ОЭО наблюдается у детей в возрасте от 1 года до 3 лет, что, в свою очередь, говорит о беспечности родителей, несоблюдении элементарных правил безопасности в процессе ухода за детьми.



Необходимо отметить, что в возрасте с 7 до 16 лет увеличилось количество пациентов с острыми алкогольными отравлениями. Структура причин **ОЭО**: медикаменты 1103 (45,4%) (особенно клофелин 272 (11%) и нафтизин 133 (6%)); алкоголь 221 (9%); препараты бытовой химии 167 (7%); ФОС 27 (1,1%), нитраты 17 (0,7%), грибы 108 (5%), нефтепродукты 57 (3%), угарный газ 26 (1%), уксус 42 (2%),  $\text{KMnO}_4$  56 (2,5%), неизвестной этиологии 146 (6%). Среди вышеперечисленных причин суицидальные попытки – 58 (2,5%). Анализ причин летальности позволил установить, что на первом месте остаются ОЭО медикаментами (5 случаев), грибами (3 случая), неясной этиологии (2 случая), и по 1 случаю: ОЭО ртутью, дизельным топливом, ФОС.

#### **Выводы:**

1. На протяжении 20 лет частота ОЭО у детей, несмотря на улучшение социальных условий, уровня благосостояния семей, не имеет существенной тенденции к снижению, что свидетельствует об отсутствии или о неэффективности санитарно-просветительной работы.

2. Своевременное и адекватное выполнение традиционных методов детоксикации (промывание желудка, энтеросорбции, раннее начало инфузионной терапии – на этапе СМП, форсированный диурез) в большинстве случаев позволяет добиться положительных результатов в лечении больного, избежать осложнений и летальности.

3. Применение экстракорпоральных методов детоксикации имеет решающее значение лишь у небольшого контингента больных.

## **ЭПОХАЛЬНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН**

**г. ГРОДНО**

***Сидорович С.А., Голец С.М.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

По поводу причин акселерации существует много различных теорий, пытающихся объяснить столь сложный феномен действием одного какого-нибудь определенного фактора: питания, некоторых витаминов, солнечных лучей, климатических условий, возрастающего объема информации, условий жизни в больших городах, браков между людьми различных национальностей и рас [87]. Еще в глубокой древности было замечено явление, описываемое на страницах Библии следующим образом: «В то время были на земле исполины, особенно же с того времени, как сыны Божии стали входить к дочерям человеческим, и они стали рождать им: это сильные, издревле славные люди». То есть, в результате смешения двух, до этого разобщенных по религиозному признаку групп людей, «на земле родились исполины».

Большинство ученых все же считает, что эти явления обусловлены комплексом генетических и внешних факторов, среди которых ведущее значение имеют социально-экономические условия [75].

В литературе отсутствуют данные на территории Гродненской области. В связи с этим мы сравнили данные антропометрии мужчин г. Гродно с аналогичными данными по Витебской области, полученными сотрудниками отдела этнографии и антропологии Института искусствоведения, этнографии и фольклора АН БССР в середине 70-х гг. во время антропологической экспедиции под руководством Тегако Л.И. [3].

При сравнении средних значений некоторых антропометрических показателей 22-25-летних мужчин г. Гродно с аналогичными данными мужчин г. Новолукмля



(средний возраст 28,5) и г. Новополоцка (средний возраст 27,8) было установлено, что мужчины г. Гродно выше ростом на 6-7 см, а все остальные размеры у них меньше: поперечный размер грудной клетки на 2,5 см, передне-задний размер грудной клетки на 2,2 см, окружность грудной клетки на 4,5 см, ширина таза на 2,4 см, диаметр запястья на 0,3 см (все отличия достоверны,  $p < 0,001$ ).

Произведено сравнение распределения соматотипов в популяции мужчин г. Гродно с данными о распределении соматотипов среди мужчин г. Новополоцка и г. Новолукомля [3]. Если соотнести грудной и грудно-мускульный соматотипы (по схеме В.В.Бунака) с астеническим и переходными к нему соматотипами (по нашей методике), то общее количество астеников среди мужчин г. Гродно превышает на 13,2% аналогичные данные по Витебской области.

При сравнении данных о состоянии упитанности мужчин г. Гродно с результатами исследования мужчин г. Вильнюса в возрасте 18-26 лет [1], обращает на себя внимание тот факт, что среди мужчин г. Гродно, по сравнению с литовцами, в 4 раза больше лиц со сниженным весом тела, и почти в 2 раза меньше лиц с ожирением первой степени.

Таким образом, результаты сравнения антропометрических показателей и распределения соматотипов мужчин г. Гродно с аналогичными данными по Витебской области 25-летней давности, а также состояния упитанности гродненцев, по сравнению с литовцами, указывают на то, что в популяции мужчин Западной Беларуси за последние четверть века произошла акселерация роста и грацилизация соматотипа.

Литература:

1. Адомайтис А.Ю., Павилонис С.В. Возрастная и профессиональная динамика соматотипа // Новости спортивной и медицинской антропологии. - М., 1990. - Вып. 1. - С. 116-117.
2. Орехов С.Д. Влияние некоторых популяционно-генетических и внешнесредовых факторов на физическое развитие детей и подростков Беларуси: Дис. канд. мед. наук: 14.00.09. – Гродно, 1996. – 154с.
3. Тегакко Л.И. Саливон И.И., Микулич А.И. Биологическое и социальное в формировании антропологических особенностей (по данным исследования населения Поозерья). – Мн.: Наука и техника, 1981. – 286 с.

## **СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

***Сидорчук О.Г., Марченко И.Н.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

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

Один из актуальных вопросов урогинекологии - проблема нарушения мочеиспускания у женщин в перименопаузе, которое не ведет к серьезным нарушениям общего состояния, но влияет практически на все стороны жизни пациенток, ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную, гигиеническую и семейную адаптацию.

**Целью** нашего исследования было выявление распространенности экстрагенитальной патологии и факторов риска возникновения стрессового недержания мочи у женщин г. Гродно и Гродненской области, находящихся в состоянии перименопаузы.

**Материал и методы:** анкетирование женщин в перименопаузе (48-55 лет), обращавшихся за амбулаторной помощью к акушеру-гинекологу в женских

консультациях г. Гродно. Анкета состояла из 74 вопросов, из которых нами оценивалась часть, относящаяся к ЭГП и факторам риска.

**Результаты:** 13% проанкетированных являются сельскими жительницами, 43% - пенсионеры. 40% женщин связывают свою работу с подъемом тяжести массой от 10 кг до 65 кг. В юности 23% женщин занимались спортом (легкой атлетикой). 70% проанкетированных имеют урогенитальные расстройства различной степени тяжести. В анамнезе большинства опрошенных имеется по 1-3 родов, проведенных через естественные родовые пути; самопроизвольные выкидыши были у 11% женщин; медицинские аборт - у 66.7% опрошенных. При родах имелись разрывы: шейки матки - 24.7%, влагалища - 22.2%, промежности - 24.7%. Эпизиотомия выполнена у 19.8% женщин. Данные по экстрагенитальной патологии представлены в таблице.

| <i>Экстрагенитальная патология</i> | <i>%</i> | <i>Генитальная патология</i> | <i>%</i> |
|------------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| Сердечно-сосудистая система        | 59.3     | Эрозия шейки матки           | 60.5     |
| Пищеварительная система            | 51.9     | Миома матки                  | 30.9     |
| Варикозная болезнь                 | 48.1     | Кисты яичников               | 19.8     |
| Дыхательная система                | 20.0     | Выпадение (опущение) матки   | 18.5     |
| Эндокринная система                | 20.0     | Воспалительные процессы      | 18.5     |
| Мочевыделительная система          | 20.0     |                              |          |
| Нервная система                    | 11.0     |                              |          |
| Грыжи живота                       | 11.0     |                              |          |
| Травмы спинного мозга              | 9.0      |                              |          |
| Сахарный диабет                    | 5.5      |                              |          |

Постменопауза наблюдается у 67.9% опрошенных, из них 80% жалуются на приливы, потливость, сердцебиения. Сухость, жжение, зуд во влагалище отметили 27.8% пациенток; дискомфорт при половых контактах - 13% опрошенных.

**Выводы:** представленные данные являются частью проводимого эпидемиологического исследования. На основании полученных цифр выяснено, что среди ЭГП ведущее место занимает патология сердечно-сосудистой системы. 2 место - заболевания пищеварительной системы. 3 место - варикозная болезнь.

## РАЗВИТИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

*Сикерич Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н. Шавель Ж.А.*

Формирование репродуктивной системы начинается в антенатальном периоде и продолжается в детском и подростковом возрасте.

Генетическая половая детерминированность реализуется с момента соединения женской, мужской половых клеток - гамет, т.е. с периода зачатия и обусловлена набором половых хромосом, образующихся в зиготе. Первичные половые клетки, возникающие в первые 4-5 недель, дифференцируются в оогонии или сперматогонии, индуцирующие формирование из окружающих соматических клеток мужской или женской гонад. Развитие гонад у женского и мужского эмбриона начинается односторонне, с образованием на медиальной стороне первичной почки половых валиков - будущих гонад. Элементами развивающихся гонад являются гоноциты, которые дают начало оогониям и сперматогониям. Кроме того, на формирование пола оказывают

влияние парагенетические факторы как внутренние (ферментные, гормональные, геномные), так и внешнесредовые (химические, физические, инфекционные).

Следующим этапом полового формирования становится дифференцировка внутренних и наружных гениталий. На ранних стадиях эмбриогенеза (до 6 недель) половая система имеет бисексуальные закладки внутренних и наружных половых органов. Внутренние половые органы дифференцируются на 10-12 неделе внутриутробного периода. Основой их развития являются индифферентные мезонефральные (вольфовы) и парамезонефральные (мюллеровы) протоки.

При развитии плода женского пола вольфовы протоки регрессируют, а мюллеровы дифференцируются в матку, яйцеводы, свод влагалища. Маточные трубы формируются в виде парных образований из не слившихся в верхней трети мюллеровых тяжей, в то время как матка и влагалище образуются при срастании мюллеровых протоков. Завершение формирования матки происходит на 11-й неделе, а разделение на тело и шейку – в конце 40-го месяца внутриутробного развития.

Закладка наружных половых органов происходит в области клоачной перепонки на 5-7 неделе. Дифференциация в соответствии с полом происходит с 3-го месяца внутриутробного периода (женского пола на 17-18 неделе). Основой развития наружных половых органов являются половой бугорок, лабиоскротальные валики и урогенитальный синус. Специфические женские черты половые органы приобретают уже в 17-19 недель беременности. В этом периоде формируются влагалище, клитор, большие и малые половые губы, преддверие влагалища с отдельными наружным отверстием мочеиспускательного канала и входом во влагалище.

Дальнейшее развитие и феминизация половых органов происходит параллельно с эндокринной активностью желез внутренней секреции.

Знание особенностей физиологии патологии полового развития необходимо для правильной профилактики нарушений репродуктивной функции у женщин.

Литература:

1. Б.И. Байсова, «Гинекология», Москва 2007 г.
2. И.В. Дуда, В.И. Дуда, Вл.И. Дуда, «Гинекология», Минск 2005 г.
3. «Гинекология» (новейший справочник), Минск 2006 г.

## **ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

***Сикорская Т.А.***

*Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра физиологии*

*Научный руководитель - к.м.н., доцент Колесникова М.Л.*

Определённый вклад в патогенез артериальной гипертензии (АГ) вносят психоэмоциональные факторы. В доступной литературе малоизученными остаются сведения о психологических характеристиках детей из семей больных АГ.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение личностных особенностей подростков с наследственной отягощённостью по АГ.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 35 подростков с нормальным артериальным давлением, один из родителей которых страдал АГ и состоял на диспансерном учете в городском кардиологическом диспансере. Группу сравнения составили 25 здоровых подростков, однотипных по возрасту и полу, без наследственной отягощённости. Комплекс методик психологического исследования включал в себя стандартизированный многофакторный метод исследования личности

(СМИЛ) и опросник Спилбергера-Ханина.

**Обсуждение полученных результатов:** Анализ изучаемых параметров выявил преобладание тревожных черт личности у подростков первой группы. Так, если у наблюдаемых без наследственной отягощенности по АГ величина второй шкалы (D) теста СМИЛ составила 47,7 балла, то у подростков из семей с АГ – 58,5 балла ( $p<0,05$ ) соответственно, и проявлялась максимальным субъективным ощущением неопределенной угрозы и внутренней напряженности. Оставались увеличенными шкалы соматизации (Hs) ( $p<0,05$ ) и вытеснения тревоги (Hu) ( $p<0,05$ ). Повышение левой половины профиля теста СМИЛ (1-2-3) у подростков основной группы свидетельствовало о недостаточности физических и психологических ресурсов для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации, формировании у них жизненных затруднений. Доминирование тревожного аффекта в структуре личности подростков из семей больных АГ подтверждалось результатами психологического обследования по методике Спилбергера-Ханина. Реактивная тревога у этой категории наблюдаемых составила 42,8 балла, личностная – 47,1 балла против 28,4 ( $p<0,01$ ) и 35,3 баллов ( $p<0,05$ ) подростков второй группы.

Таким образом, подростки с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии имеют высокий уровень тревоги как устойчивой черты личности, что может лежать в основе развития повышенного артериального давления в будущем, требует постоянного медицинского наблюдения, диктует необходимость психологической коррекции и организации первичной профилактики.

## **ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ И СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И г. ГРОДНО**

**Синяк В.Г.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – д.м.н., Макшианова Е.И.*

Сократ говорил: «Здоровье – не все, но без здоровья все - ничто». Действительно, с тех пор, как у человека появилось сознание, он задумался о своем здоровье. Не мог не задуматься, потому что потеря здоровья оборачивалась голодом, болью, потерей жизни. Замечал, что помогает сохранять здоровье, что способствует его ухудшению. В то далекое время здоровье человека принадлежало ему безраздельно; сама природа, заложив в организм механизмы поддержания здоровья, заботилась о нем.

От качества оказываемой медицинской помощи и грамотности медицинского персонала зависит дальнейшее состояние здоровья нашего населения.

**Цель исследования:** проанализировать обеспеченность врачами различного профиля сельские лечебно-профилактические учреждения Гродненской области и г. Гродно. Изучить укомплектованность врачами, средним медицинским персоналом. Изучить количество врачей-пенсионеров, работающих в санэпидучреждениях Гродненской области и г. Гродно.

**Метод исследования:** в данной работе использовался санитарно-статистический метод исследования. Данные представлены за 2007 - 2008 годы.

**Результаты исследования:** на территории Гродненской области и г. Гродно расположено всего 124 объекта, в которых трудятся специалисты с высшим и средним медицинским образованием. Путем санитарно-статистического анализа получены данные об укомплектованности медицинским персоналом медицинских учреждений, расположенных на территории Гродненской области.



Укомплектованность врачебных ставок на 2008 год составляет от 50% в Вороново, до 88.9% в Новогрудке. Укомплектованность ставок средних медработников колеблется от 69.4% - Кореличи до 100% - Вороново, Зельва, Щучин.

Количество врачей-пенсионеров представлено незначительным количеством 1–2 сотрудниками на одно медицинское учреждение. Однако встречаются медучреждения, где представители данной категории работающих не встречаются или их количество составляет 4-5 человек.

Рассчитан удельный вес врачей и средних медработников, имеющих квалификационную категорию. Врачи составляют на 2007 год 93.2%, а средний медицинский персонал 88.5%.

Получены данные о повышении квалификаций врачами и средними медработниками. За период 2007 – 2008 года у врачей данная цифра выросла с 63 до 71, а у средних медицинских работников от 117 до 253.

Литература:

1. Дыхан Л.Б., Кукушин В.С., Трушкин А.Г. Педагогическая валеология. Уч. Пособие для студентов педагогических вузов / Под ред. В.С. Кукушина. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2005. – 528 с.

2. Основные итоги работы санэпидслужбы Гродненской области за 2007 год. Информационно-аналитический бюллетень, Гродно 2007 г.

3. Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины: Критический анализ. – 2-е изд., перераб. и доп. Медицина, 1982. – 326 с.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С АКНЕ

*Смаль Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Акне является этиологически мультифакториальным и клинически полиморфным заболеванием кожи, которое чаще всего начинается в период полового созревания и представляет актуальную проблему как для врачей, так и для пациентов в силу большой распространенности этого заболевания (80-90%), многолетнего течения, непредсказуемости исхода с возможностью появления, особенно в подростковом возрасте, психологических проблем, связанных с неэстетическим видом поражений на лице.

**Цель исследования:** выявление особенностей медико-социальной характеристики подростков, страдающих акне.

Проведено анкетирование среди 198 учащихся 10-11 классов лицея №1 г. Гродно. Все респонденты были разделены на две группы. В первую группу включено 150 подростков с признаками акне (20% мальчиков, 80% девочек), что составило 76% от общего количества респондентов. Вторую группу составили 48 подростков без признаков акне. (29% мужского пола и 71% - женского). Средний возраст анкетированных в обеих группах составил  $16,4 \pm 0,6$  года.

Большинство респондентов проживает в городе (88% первой группы и 94% - второй). Сельскими жителями являются 12% подростков первой группы и 6% - второй. Анкетированные проживают преимущественно на квартире (66% первой группы и 75% второй группы). 19% подростков, страдающих акне, живет в общежитии, а 15% - в частном доме. Каждый четвертый подросток второй группы проживает в общежитии либо частном доме.

Юноши первой группы отмечают, что угри появились у них в возрасте  $14,0 \pm 1,3$  года, а девушки – в возрасте  $13,4 \pm 1,3$  года. Время появления угревой сыпи у юношей в среднем совпадает со временем, когда они впервые начинают бриться ( $15,4 \pm 0,9$  года), а у девушек – с менархе ( $13,0 \pm 1,1$  года). При этом три из четырех девушек считают, что угрей становится больше перед менструациями. У половины респондентов первой группы угревая сыпь становится интенсивнее в зимний период.

Средний возраст начала половой жизни составил  $14,6 \pm 0,6$  для юношей и  $16,0 \pm 0,8$  для девушек. Регулярную половую жизнь ведет 11% анкетированных первой группы, а во второй группе это количество несколько больше и составляет 17%. Пероральные контрацептивы принимает 2% опрошенных с акне, а подростки, не страдающие акне, используют их в два раза чаще.

Данные о количестве респондентов, имеющих вредные привычки, имеют незначительную разницу между первой и второй группами. 46% подростков с акне курят или пробовали курить, а во второй группе – 48%. Пробовали или употребляют алкоголь 62% респондентов первой группы и 67% - второй. Наркотики употребляли 3% анкетированных с угревой сыпью и 4% - без нее. Физическая активность подростков в первой группе несколько ниже, чем во второй, и составляет 87% и 89%, соответственно. Среди респондентов, страдающих угревой сыпью, четыре из пяти указывают на наличие этого заболевания у своих родителей. В большинстве случаев (60%) акне не является единственным заболеванием и сочетается с другой патологией организма. Так, в 17% случаев акне сочетается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в 13% - с патологией органа зрения, 8% - сочетается с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и такое же количество – с патологией опорно-двигательного аппарата, в 7% - акне сопровождается патологией мочеполовой системы.

Полученные данные могут быть использованы для профилактики акне среди подростков.

## УХОД ЗА КОЖЕЙ ПОДРОСТКОВ С АКНЕ

*Смаль Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научные руководители – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;*

*к.м.н., доц. Хворик Д.Ф.*

Акне, или угревая болезнь, - одна из самых распространенных дерматокосметологических проблем. Огромное значение в борьбе с данной патологией имеет правильно подобранный и ежедневный уход за кожей.

**Цель исследования:** изучение мнения подростков, страдающих акне, об особенностях ухода за кожей.

Проведено анкетирование 198 учащихся 10-11 классов лица №1 г. Гродно. Все респонденты разделены на две группы. Первую группу составили подростки с признаками акне, вторую - подростки, которые не страдают акне. В первую группу включено 150 человек (из них 20% мужского пола и 80% - женского), что составило 76% от общего количества респондентов. Численность второй группы - 48 человек (29% мужского пола и 71% - женского). Средний возраст анкетированных в обеих группах -  $16,4 \pm 0,6$  года.

Комбинированный тип кожи отмечает у себя 41% подростков с акне и 13% - без данной патологии. Каждый пятый анкетированный первой группы указывает на нормальный тип кожи, во второй группе этот показатель втрое больше. Жирный тип кожи определил у себя каждый десятый подросток без угрей, среди респондентов с

акне этот тип кожи встречается в два раза чаще. 8% первой группы и 11% - второй отмечают у себя сухой тип кожи.

При использовании крема 53% подростков с акне предпочитают нежирные крема, во второй группе количество таких подростков на 5% больше. Жирный крем выбирает каждый восьмой респондент в обеих группах, а каждый третий не обращает внимания на консистенцию крема.

Шесть из семи (87%) девушек с акне пользуются декоративной косметикой. Во второй группе не используют средства для макияжа всего 6% анкетированных женского пола.

После появления угревой сыпи ухаживать за кожей начала половина подростков с акне, еще 19% - после того, как угри стали слишком заметными. До появления акне за кожей следила лишь четвертая часть первой группы. Каждый шестнадцатый подросток с угревой болезнью не следит за состоянием своей кожи.

Большинство респондентов (79% первой группы и 61% - второй) очищают лицо с помощью косметических средств, мыло использует одинаковое количество подростков (12% в каждой группе), 8% анкетированных с акне и вдвое больше – без признаков угревой сыпи - очищают лицо только водой.

Каждый четвертый подросток с акне обращался за помощью в борьбе с угрями к родителям, каждый десятый – к косметологу. Только 4% советовались по этому поводу с дерматологом, столько же – с врачом, а вдвое больше – с друзьями. Каждый третий анкетированный, страдающий акне, ни с кем не обсуждает свои высыпания.

64% респондентов первой группы в борьбе с угревой сыпью используют косметику для проблемной кожи, 3% - лекарственные препараты, назначенные врачом. Четвертая часть подростков с акне не предпринимает никаких мер в борьбе со своей патологией.

Таким образом, значительное количество юношей и девушек с акне не соблюдает правила ухода за проблемной кожей.

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О ПРОБЛЕМЕ АКНЕ

*Смаль Т.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Акне – одно из наиболее распространенных кожных заболеваний, чаще всего начинающееся в период полового созревания.

**Целью данной работы** явилось изучение информированности подростков о проблеме акне.

Проведено анкетирование 198 учащихся 10-11 классов лицея №1 г. Гродно. Все респонденты разделены на две группы. Первую группу составили подростки с признаками акне, а вторую - подростки, которые не страдают акне. В первую группу входило 150 человек (из них 20% мужского пола и 80% - женского), что составило 76% от общего количества респондентов. Во вторую группу включено 48 человек (29% мужского пола и 71% - женского). Средний возраст анкетированных в обеих группах составил  $16,4 \pm 0,6$  года.

Большинство респондентов обеих групп (87%) знают о проблеме акне. Однако информированность подростков без признаков акне несколько выше (о данной патологии ничего не известно каждому 8-му анкетированному первой группы и каждому 9-му – второй группы).

Наиболее распространенным методом получения информации об акне является

чтение литературы по данному вопросу (32% первой и 40% второй групп). Каждый пятый подросток, не страдающий акне, слышал о проблеме угревой сыпи от друзей. Одинаковое количество респондентов узнало об акне от родителей или во время просмотра телепередач (по 8% в каждой группе), и только 1% опрошенных был проинформирован врачом. Значительное количество анкетированных (42% первой группы и 20% - второй) указало несколько источников полученной информации.

Три из пяти подростков с акне хотели бы узнать о проблеме угрей больше, в то время как интерес к данной патологии среди лиц без признаков акне значительно ниже и составляет всего 23%.

Прослушать доклад дерматолога о проблеме угревой сыпи хотел бы каждый третий подросток, прочитать литературу по этому вопросу – каждый девятый, а каждый десятый – получить дополнительные сведения из нескольких источников.

26% опрошенных, страдающих акне, и 30% респондентов без признаков данной патологии считают, что их знания о проблеме угрей достаточны, поэтому в дополнительной информации они не нуждаются.

6% подростков с акне ничего не знают об угревой болезни, и этот вопрос их не интересует. Количество таких анкетированных во второй группе вдвое больше.

Таким образом, большинство подростков знает о проблеме акне, но многие из них хотели бы получить дополнительную информацию, что необходимо учитывать при работе с подростками.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С АКНЕ**

**Смаль Т.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Тищенко Е.М.*

Угревую болезнь (акне) относят к числу часто встречающихся в практике врача-дерматолога заболеваний кожи. Дебют заболевания обычно проявляется в пубертатном периоде. Болезнь доставляет психологические и социальные неприятности подросткам и приводит к психоэмоциональным расстройствам.

**Целью данного исследования** явилось изучение качества жизни подростков, страдающих акне.

Проведено анкетирование 198 учащихся 10-11 классов лицея №1 г. Гродно. Все респонденты разделены на две группы. Первую группу составили подростки с признаками акне, вторую - подростки, которые не страдают акне. В первую группу включено 150 респондентов (из них 20% мужского пола и 80% - женского), что составило 76% от общего количества анкетированных. Численность второй группы - 48 человек (29% мужского пола и 71% - женского). Средний возраст анкетированных в обеих группах -  $16,4 \pm 0,6$  года.

Юноши первой группы считают, что угри появились у них в возрасте в среднем  $14,0 \pm 1,3$  года, у девушек средний возраст появления угрей составил в среднем  $13,4 \pm 1,3$  года.

У каждого третьего подростка с акне после появления угревой сыпи изменился характер. 7% подростков отметили появление в характере неуверенности, такое же количество анкетированных стали более раздражительными. Стеснительность появилась у каждого десятого респондента с угревой сыпью.

35% анкетированных с акне регулярно испытывают стрессы, в то время как во второй группе это количество составляет всего 20%.

Каждый четвертый подросток, страдающий акне, не удовлетворен своей



внешностью.

Появление угрей создает трудности при общении с лицами противоположного пола у каждого восьмого подростка. Четвертую часть этого количества составляют лица мужского пола.

Высокая успеваемость в школе наблюдается у каждого одиннадцатого респондента с акне, низкая – у каждого четырнадцатого. Среди подростков без признаков акне на отлично учится каждый восемнадцатый школьник, а низкие баллы получает лишь один из пятидесяти.

Половина каждой группы с большим оптимизмом смотрит в будущее. С малой долей оптимизма относятся к своему будущему 2% анкетированных без акне, а среди подростков с угревой болезнью этот показатель в шесть раз выше.

Таким образом, появление акне негативно сказывается на качестве жизни подростков.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ NON-Q ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ**

***Смирнов Д.С., Серафинович Ю.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель – ассист. Корнелюк Д.Г.*

Вовлечение базальных сегментов передней стенки левого желудочка при инфаркте миокарда (ИМ), обусловленное, чаще всего, критической окклюзией проксимальных отделов передней межжелудочковой артерии, свидетельствует об обширности процесса, что может найти отражение в значительном увеличении в сыворотке крови концентрации ферментов, используемых в диагностике некроза сердечной мышцы.

**Цель исследования:** изучить значение концентрации лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и креатинфосфокиназы (КФК) в сыворотке крови у больных острым non-Q передним ИМ в зависимости от обширности нарушения локальной сократимости передней стенки левого желудочка.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ историй болезней 39 больных острым non-Q передним ИМ в возрасте от 25 до 83 лет, находившихся на стационарном лечении в Гродненском областном кардиологическом диспансере в 2006-2007 годах. Исследование ферментов сыворотки крови выполнено стандартными методами в первые сутки от момента госпитализации. Эхокардиография (ЭхоКГ) выполнена в покое при помощи аппарата VIVID 7 Pro в среднем на 9 день от начала заболевания.

По результатам ЭхоКГ обследования выделены три группы: 1-я – пациенты с нарушением кинетики всей передней стенки (средние и базальные отделы) левого желудочка (n=7), 2-я – пациенты с нарушением кинетики только в средних сегментах (n=11), 3-я – пациенты без нарушения кинетики в передней стенке левого желудочка (n=21).

Данные обработаны с помощью пакета программы STATISTICA 6.0 методами непараметрической статистики для независимых выборок. Результаты представлены в виде  $M \pm \sigma$ .

**Результаты и обсуждение.** Достоверные отличия концентрации ферментов в сыворотке крови между группами выявлены только по одному показателю – уровень

ЛДГ в группе 1 значительно превышал этот показатель в группе 3 ( $795,7 \pm 464,5$  и  $424,7 \pm 213,6$  МЕ/л, соответственно,  $p=0,04$ ). Несмотря на существенную разницу в значениях ЛДГ в группах 2 и 3 ( $676,5 \pm 491,6$  и  $424,7 \pm 213,6$  МЕ/л, соответственно), это отличие не было достоверным ( $p>0,05$ ).

Концентрация КФК достоверно не отличалась ( $p>0,05$ ) в исследуемых группах, однако степень повышения фермента сохраняла выявленную для ЛДГ закономерность ( $493 \pm 578,6$ ,  $385,4 \pm 337,01$  и  $219,6 \pm 309,3$  МЕ/л в группах 1, 2 и 3, соответственно).

Несмотря на отсутствие достоверных отличий при большинстве сравнений, отчетливо видна прямая зависимость между степенью повышения концентрации ферментов и степенью нарушения локальной сократимости миокарда.

Заключение. Нарушения локальной сократимости миокарда передней стенки левого желудочка с вовлечением базальных отделов сопряжено с более выраженным повышением концентрации ферментов сыворотки крови, используемых в диагностике некроза сердечной мышцы, и должно учитываться при оценке тяжести патологического процесса.

## **АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА**

**Смирнов Д.С., Тишин А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

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

Проблема диагностики и лечения повреждений коленного сустава постоянно является предметом изучения и дискуссий и не утратила до сегодняшнего дня своей актуальности. При проведении данной работы преследовалась цель – на основании анализа результатов диагностики и лечения больных с внутрисуставными повреждениями оценить и показать высокую эффективность артроскопии.

За период с 2002 по 2004 гг. нами проведен анализ результатов лечения 279 пациентов с патологией коленного сустава. Из них лиц мужского пола – 176, женского – 103. Наибольшее количество пациентов было в возрасте от 20 до 40 лет.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой методике: изучение анамнеза, механизма травмы, наличие симптомов внутрисуставного повреждения, рентгенография коленного сустава.

Оперативное вмешательство проводили под внутривенным наркозом, спинальной и проводниковой анестезией. Нами использовался хирургический видеокомплекс «MGB» (Германия).

В 202 (72,4%) случаях операция была выполнена по поводу разрыва медиального мениска, в 24 (8,6%) – латерального, обоих менисков – в 13 (4,6%) случаях. 25 (8,96%) сочетанного повреждений ПКС и менисков. Из них были ущемлены в полость сустава 34 (12,1%) случая.

По типу повреждения они подразделялись на:

- трансхондральный разрыв (90 или 32,25%);
- лоскутный разрыв (74 или 26,5%);
- паракапсулярный разрыв (66 или 23,7%);
- поперечный (8 или 2,86%);
- горизонтальный (8 или 2,86%);
- «хвост ласточки» (2 или 0,71%);
- «ручки лейки» (1 или 0,36%).

При изучении отдаленных результатов в 92,6% случаев получены хорошие результаты. Полностью восстановилась профессиональная трудоспособность и функция сустава, отсутствовали жалобы. В 7,4% получены удовлетворительные результаты. У этих пациентов после физических нагрузок отмечались умеренные боли

в коленном суставе.

Результаты исследований показали, что артроскопические операции на коленном суставе эффективны и малотравматичны, что позволяет ускорить медико-социальную реабилитацию пострадавших, сократить временную нетрудоспособность.

## **ПНЕВМОЭЛАСТИЧЕСКИЙ ОБТУРАТОР ИЗ ВОЛОКНИСТО-ПОРИСТОГО МАТЕРИАЛА «ГРИФТЕКС» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТРУБЧАТЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ**

**Смотрин И.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

**Актуальность.** В комплексном лечении больных с трубчатыми кишечными свищами в клинической практике используются obturatory различного вида. Это, как правило, авторские разработки из материалов различного предназначения. В связи с этим остается актуальным вопрос изготовления obturatory для лечения кишечных свищей из современных материалов, не оказывающих токсического воздействия на организм человека, легко меняющих свою конфигурацию в зависимости от размеров и строения свищевого хода.

**Цель.** Разработать пневмоэластический цилиндрический obturatory из волокнисто-пористого отечественного полимерного материала «Грифтекс» для лечения трубчатых кишечных свищей.

**Материал и методы исследования.** Нами, совместно с Институтом механики металлополимерных систем им. В.А. Белого НАН Республики Беларусь, было изготовлено пневмоэластическое устройство цилиндрической формы для obturation наружных кишечных свищей. Предложенное устройство изготавливается из медицинского поролона, состоит из цилиндра высотой 50-70 мм, диаметром 10-40 мм, в центре которого расположена трубчатая система с клапаном и эластической емкостью для воздуха. Выбор высоты поролонового цилиндра определяется средними размерами длины свищевых ходов, а также средней толщиной брюшной стенки. Диаметр поролонового obturatory соответствует диаметру свищевого хода. Объем эластической емкости для воздуха позволяет при ее наполнении увеличить внешний диаметр поролонового цилиндра на 3-4 мм, что позволяет фиксировать obturatory в свищевом ходе, что предупреждает его миграцию и улучшает obturation свойства устройства. Часть obturatory модифицирована путем нанесения на боковую поверхность методом лазерной абляции политетрафторэтилена (ПТФЭ) слоя материала «Грифтекс» толщиной несколько миллиметров и пористостью около 85%. Предварительно, с использованием метода ИК-спектроскопии, установлено, что на границе раздела ППУ – «Грифтекс» отсутствует деградация ППУ в процессе нанесения слоя ПТФЭ. Данное пневмоэластическое устройство получило патент на полезную модель № 20070314 от 20.09.2007.

Разработанный цилиндрический obturatory может быть использован в клинической практике для лечения наружных кишечных свищей.

# ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ФТОРОПЛАСТОВОГО ОБТУРАТОРА

*Смотрин И.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

Разработка современных технологий, особенно в хирургической практике, предполагает более широкое использование новых полимерных материалов, что позволяет минимизировать возможные неинфекционные и инфекционные осложнения, радикальным образом ускорить репаративные процессы, а, значит, снизить экономические затраты на лечение больного.

**Целью работы** явилось изучение в эксперименте интегральных показателей, характеризующих метаболический баланс в организме после применения кишечного фторопластового обтуратора.

Исследования проводились на кроликах обоего пола, массой 1,5-1,7 кг. Животные были разделены на группы: **контроль** (7 животных) - хирургического вмешательства не производилось; **плацебо** (18 животных) - под калипсоловым наркозом, косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрывалась брюшная полость, на расстоянии 5-7 см от илеоцекального угла кишка подшивалась к брюшине, рана ушивалась; **фторопласт** (18 животных) - под калипсоловым наркозом, косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрывалась брюшная полость. На расстоянии 5-7 см от илеоцекального угла кишка подшивалась к брюшине. На кишку укладывался фторопластовый обтуратор, затем рана ушивалась. Кровь для исследования брали на 3, 7 и 14 сутки после операции.

Анализ определяемых нами показателей показал, что в группе **плацебо** в течение первой недели после операции содержание общего белка в плазме крови животных существенным образом не изменяется, тогда как на 14 сутки отмечается его снижение на 15%. Одновременно содержание мочевины, достоверно уменьшаясь на 3 сутки после операции, в последующем незначительно отличается от контрольных значений. Общее содержание свободных аминокислот в плазме крови постепенно снижается, достигая максимума на 7 сутки, однако, на 14 сутки оно увеличивается, на 8% превышая контрольный уровень. При этом количество незаменимых аминокислот, характеризующих процессы биосинтеза и распада белка, на 3, 7 и 14 сутки составляет 107%, 66% и 93% от контрольных значений, соответственно. Концентрация глюкозы в плазме крови, повышаясь на 3 и 14 сутки, на 7 сутки, напротив, определяется ниже контрольных значений. В группе **фторопласт** количество общего белка падает уже на 3 сутки, несколько повышается на 7 сутки и превышает контрольные значения на 14 сутки после операции. Содержание мочевины, которое повышено на 3 сутки после операции, на 7 сутки падает почти в 2 раза, но на 14 сутки после операции приближается к уровню контрольных значений. Анализ изменений общего количества свободных аминокислот обнаруживает сходство с группой плацебо, однако эти колебания гораздо более выражены в отношении незаменимых аминокислот: их количество существенно ниже на всех сроках эксперимента. Относительная гипогликемия (снижение концентрации глюкозы на 20-25%) регистрируется в этой группе животных на 3 и 14 сутки после операции, тогда как на 7 сутки она не отличается от контрольных значений.

Таким образом, анализ интегральных показателей метаболизма, характеризующих, главным образом, белково-аминокислотный и углеводный обмены в организме животных, демонстрирует как общие, так и специфические характеристики в



группах плацебо и фторопласт. Очевидным является большая выраженность биосинтетических процессов и напряженность глюконеогенеза (повышение в плазме крови заменимых аминокислот) при использовании фторопластовых obturators по сравнению с группой плацебо.

## **СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФТОРОПЛАСТОВОГО КИШЕЧНОГО ОБТУРАТОРА**

**Смотрин И.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

Свободные аминокислоты являются не только составными компонентами белковых молекул, но и метаболитами, участвующими в широком спектре биохимических реакций, связывающих практически все виды обмена веществ и образовании соединений с высокой регуляторной активностью (биогенные амины). Пластическая хирургия, в свою очередь, подразумевает использование полимерных материалов, в том числе, из фторопласта. Контакт полимерных материалов с биологическими жидкостями и тканями может изменять метаболизм отдельных соединений и прямым образом влиять на состояние тканей, а, значит, и всего организма в целом. В этой связи анализ биохимических параметров, характеризующих обмен веществ в организме при использовании полимерных изделий в практической хирургии, имеет большое значение.

**Целью работы** явилось изучение в эксперименте изменений пула, а также индивидуальных показателей свободных аминокислот в плазме крови в организме животных после применения кишечного фторопластового obturатора.

Исследования проводились на кроликах обоего пола, массой 1,5-1,7 кг. Животные были разделены на группы: **контроль** - хирургическое вмешательство не производилось; **плацебо** - под калипсоловым наркозом, косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрывалась брюшная полость, на расстоянии 5-7 см от илеоцекального угла кишка подшивалась к брюшине, рана ушивалась; **фторопласт** - под калипсоловым наркозом, косым разрезом в правой подвздошной области послойно вскрывалась брюшная полость. На расстоянии 5 - 7 см от илеоцекального угла кишка подшивалась к брюшине. На кишку укладывался фторопластовый obturator, затем рана ушивалась. Кровь для исследования брали на 3 сутки после операции и на аминокислотном анализаторе ААА-339Т концентрации свободных аминокислот. На 3 сутки после операции (группа **плацебо**) при общем снижении аминокислотного пула возрастало относительное содержание незаменимых аминокислот. Хотя общее количество разветвленных аминокислот не изменялось, увеличивался уровень валина, тогда как концентрации лейцина и изолейцина, напротив, снижались. Тормозилось превращение фенилаланина в тирозин, в результате чего содержание последнего повышалось. Анализ индивидуальных изменений в пуле свободных аминокислот и их производных (особенно повышение количества производных аминокислот – таурина, β-аланина и этаноламина) указывает на усиление их катаболизма, вероятно, с целью ликвидации энергетического дефицита в тканях при одновременном усилении биосинтеза белка. В опытной группе (**фторопласт**) наблюдали некоторое увеличение аминокислотного пула вследствие повышения количества незаменимых аминокислот (соотношение заменимые/незаменимые аминокислоты составило 5,71 против 7,31 в контрольной группе). В отличие от группы плацебо, у этих животных в плазме

обнаружено повышение уровня не только валина, но и лейцина. Одновременно повышались концентрации ароматических аминокислот фенилаланина и тирозина, хотя коэффициент гидроксилирования (фен/тир) в отличие от группы **плацебо**, снижался. Вероятно, вследствие разрушения клеток мышечной ткани, в данной группе повышалось и количество таурина, хотя содержание других производных аминокислот существенно не отличалось от контрольных значений.

## **ТРАНСФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ПРОЦЕССЕ ИХ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ**

***Соболевский С.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Курс общей психологии кафедры психиатрии*

*Научный руководитель – Прудзила А.С.*

В процессе обучения личность студентов претерпевает определённые изменения, что проявляется во всех сферах их жизни, в частности, в коммуникативной сфере. В дальнейшем это отражается на их профессиональной деятельности, т.к. она связана с общением с людьми. В связи с этим, необходимо исследовать, какие изменения происходят в коммуникативной сфере личности студентов медико-психологического факультета (МПФ.) и в их стиле межличностного взаимодействия.

**Цель:** исследовать характеристики коммуникативной сферы студентов МПФ. Гродненского государственного медицинского университета на различных этапах профессионализации.

**Задачи:** практическая: выявить стиль межличностного взаимодействия и его динамику у студентов МПФ. Теоретическая: определить теоретические и методические подходы к изучению коммуникативной сферы личности.

**Объект исследования:** коммуникативная сфера личности студентов МПФ.

**Предмет исследования:** стиль межличностного взаимодействия.

**Метод:** экспериментально психологическое исследование и статистический анализ.

**Методика:** опросник диагностики межличностных отношений Т.Лири, опросник эмпатии.

**Гипотеза:** в процессе профессионализации у студентов МПФ происходит динамическая трансформация стиля межличностного взаимодействия в направлении усиления вектора доминирования, что проявляется и в динамике различий между Я - актуальным и Я - идеальным. В процессе профессионализации также происходит изменение уровня эмпатии, с преимущественной тенденцией к его понижению. Оба процесса происходят за счет трансформации стиля межличностного взаимодействия, а именно, замены субъект - субъектных отношений на субъект - объектные. Это означает, что студент определяет другого человека не как субъекта деятельности, а как объект исследования.

Проведено экспериментально-психологическое исследование на выборке (118 человек) студентов МПФ 1, 2, 3 курсов.

## ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

**Соболевский В.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической физиологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. Максимович Н.Е.*

Как известно, у больных сахарным диабетом, несмотря на проводимую инсулинотерапию, формируются энцефалопатические нарушения (Скоромец А.А. и др., 2002), что проявляется целым рядом симптомов, таких как головная боль, головокружение, слабость, нарушение внимания, мышления, памяти, эмоциональные расстройства и другие симптомы.

Их механизмы развития обусловлены, прежде всего, неблагоприятным влиянием продуктов нарушенного обмена веществ на головной мозг, в частности, действием кетоновых тел, азотистых веществ, мочевины, дегидратацией, возникновением метаболического ацидоза, а также последствиями гемической гипоксии в результате образования гликозилированного гемоглобина. Таким образом, согласно современным данным, диабетическая энцефалопатия возникает в результате обменных нарушений, которые в той или иной степени присутствуют при инсулинотерапии.

Однако, на наш взгляд, при рассмотрении вопроса о патогенезе повреждений головного мозга у больных, страдающих сахарным диабетом, не учитывается участие дисциркуляторных нарушений и роли дисфункции эндотелия в их возникновении. Основанием для данного предположения являются имеющиеся данные о сосудистых поражениях (макро - и микроангиопатии) у больных, страдающих сахарным диабетом, в том числе, получающих инсулин.

Очевидно, что микро- и макроангиопатии при сахарном диабете сопровождаются дисфункцией эндотелиальных клеток сосудов (Quyyumi A.A., 1998). Известно, что эндотелиальная дисфункция способствует возникновению и ухудшает течение сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда и др. (Stem M.P., 1995). Учитывая наличие гомеостатических функций у эндотелия (регуляция сосудистого тонуса, миграция клеток крови, участие в иммунных реакциях, гемостазе и др.), а также его повреждение у больных сахарным диабетом (Vanhoutte P.M., 2006), предполагается, что патогенез энцефалопатических нарушений обусловлен участием не только дисметаболического, а и дисциркуляторного компонента. Известно, что повреждение эндотелия кровеносных сосудов является причиной нарушения вазодилататорно-вазоконстрикторного дисбаланса в сторону усиления вазоконстрикции (Rubanyi G.M., 1991). Причиной этого является ингибирующее действие гиперхолестеринемии и других дисметаболических расстройств на образование оксида азота с вазодилататорными и антиагрегантными свойствами, а также простагландина и эндотелиального фактора гиперполяризации с аналогичными эффектами и повышение продукции эндотелина, простагландина  $F_{2\alpha}$  с вазоконстрикторными и тромбогенными свойствами. Очевидно, что такие изменения у больных сахарным диабетом, вызванные повреждением эндотелия кровеносных сосудов, приведут к недостаточности механизмов ауторегуляции мозгового кровообращения, нарушениям дисциркуляторного характера, хронической ишемии головного мозга.

Выяснение роли дисфункции эндотелия в патогенезе энцефалопатических нарушений и применение эндотелиопротекторов позволит, на наш взгляд, разработать эффективные способы профилактики и коррекции повреждений головного мозга у больных сахарным диабетом.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО ДАНЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

*Соколовская Н.С., Багрим А.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель – ассист., к.м.н. Лагодская И.Я.*

Фетоинфантильные потери складываются из мертворожденных детей от 28 недель внутриутробного развития до момента срочных родов и младенческой смертности, под которой понимают смертность детей, родившихся живыми, но умерших в период от момента рождения до 1 года жизни. В свою очередь, младенческая смертность включает в себя раннюю неонатальную смертность (новорожденные, умершие в течение первых 7 дней жизни), позднюю неонатальную смертность (новорожденные, умершие в промежутке от 2-й до 4-й включительно недель жизни) и постнеонатальную смертность (умершие в возрасте от 2-го месяца жизни до 1 года). Анализ причин фетоинфантильных потерь является весьма актуальной проблемой, поскольку ее показатели отражают уровень социального благополучия и здоровья детей в обществе.

В связи с этим, нами предпринято исследование, целью которого стал анализ структуры и причин фетоинфантильных потерь по данным вскрытий областного патологоанатомического бюро за 2004-2006 гг. Изучены протоколы вскрытия 153 детей данных возрастных групп. Проанализирован возрастной и половой состав умерших, средняя масса и длина тела, основные причины смерти умерших детей, а также наличие острых и хронических заболеваний, вредных привычек и условий труда матерей этих детей.

Из 153 детей 86 или 56,21% оказались мертворожденными- 35,71% девочек и 64,29% мальчиков. В 28 случаях (18,30%) дети вошли в группу ранней неонатальной смертности (12 девочек и 16 мальчиков). 17 (11,11%) детей составили позднюю неонатальную смертность (7 девочек и 10 мальчиков) и 22 (14,38%) вошли в группу постнеонатальной смертности (из них 9 девочек и 13 мальчиков).

Среди всех причин, приведших к мертворожденности и младенческой смертности, преобладали врожденные пороки развития, нередко множественные. Пороки ЦНС выявлены у 73 детей и среди них преобладала внутренняя гидроцефалия (25), гипоплазия мозжечка (8), макро- и микрогирия (по 5). Пороки сердечно-сосудистой системы выявлены у 70 детей с преобладанием дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок (15), открытого и широкого баталова протока (7), гипоплазии левого желудочка (5). Врожденные пороки органов дыхания имели место у 50 детей и наиболее частыми среди них были гипоплазия легких и бронхов (14). Врожденные пороки мочеполовой системы выявлены у 34 детей. Самые частые из них – дисплазия и гидронефроз почек (15). Врожденные пороки органов пищеварения обнаружены у 26 детей с наибольшей численностью незавершенного поворота кишечника (9) и стенозом и атрезией пищевода (6). ВП костно-суставного и мышечного аппарата встретились у 16 умерших и представили собой укорочение длинных трубчатых костей (4), косолапость (4), добавочные ребра (3). Внутриутробная асфиксия стала причиной смерти 46, нарушения маточно-плацентарного кровообращения - 42. У 11 детей выявлена врожденная пневмония, по 1 ребенку страдали токсоплазмозом, микоплазмозом, цитомегалией.

У матерей детей в 42 случаях выявлены ОРВИ и ОРЗ, эрозии шейки матки (23), алкоголизм (8), курение (11), хронический пиелонефрит (8), анемия легкой степени (8) и ряд других одиночных инфекций, состояний, которые мешали развитию и вынашиванию нормальной беременности и рождению здоровых детей.



Таким образом, большую половину фетоинфантильных потерь составили мертворожденные с преобладанием среди причин смерти врожденных пороков развития, а также внутриутробная асфиксия и инфекции пре- и перинатального периодов.

К ведущим причинам указанных проявлений следует отнести острые и хронические заболевания и вредные привычки матери.

## **ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ**

***Солодуха Д.В., Гавра А.М.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Прокопчик Н.И.*

Злоупотребление алкоголем составляет одну из наиболее важных медицинских и социальных проблем современного общества и оказывает на него отрицательное воздействие. Несмотря на огромное количество работ, посвященных данной проблеме, изменения печени при алкогольном отравлении изучены недостаточно.

Исследование основано на изучении результатов аутопсий 76 скоропостижно умерших на дому вследствие отравления алкоголем: концентрация этанола в трупной крови составляла более 3,5 промилей и при этом не были выявлены заболевания, способные вызвать скоропостижную смерть. В этих случаях при вскрытии определялось резко выраженное венозное полнокровие внутренних органов, отек легких, вещества головного мозга и его оболочек, мелкоочечные кровоизлияния в слизистые и серозные оболочки; в ряде случаев от органов исходил характерный запах этанола, что в совокупности и позволяло заподозрить отравление алкоголем. В результате проведенного химического исследования крови установлено, что концентрация этанола на момент вскрытия у 42 умерших составляла 3,5-4,5 промилей, у 15-4,51-5,5, у 19 - свыше 5,51 промилей, что и позволяло устанавливать диагноз отравления алкоголем. В 30 секционных наблюдениях удалось исследовать на этанол не только кровь, но и мочу. При анализе этих случаев установлено, что в 20,0% случаев смерть наступила в период резорбции этанола и его концентрация в крови погибших была высокой – до 7 промилей. В 80,0% наблюдений смерть наступила в период элиминации алкоголя.

Среди погибших вследствие отравления алкоголем преобладали мужчины, их удельный вес составил 88,2%, при этом большинство из них (83,5%) были в трудоспособном возрасте.

В результате патогистологического исследования установлено, что при остром алкогольном отравлении во всех случаях выявляются тяжелые морфологические изменения сосудов различных органов и особенно головного мозга, его оболочек и легких. Они проявлялись нарушением тонуса артерий и вен, переполнением их кровью, плазматическим пропитыванием стенок сосудов, склеиванием и гемолизом эритроцитов, в ряде случаев – микротромбами. В органах, и особенно в головном мозге, легких, печени и почках, отмечались диапедезные кровоизлияния, отек различной степени выраженности и дистрофические изменения с мелкими очагами некробиоза.

При исследовании печени установлено, что в 92,1% наблюдений определялись изменения, характерные для хронического злоупотребления алкоголем и, в частности, алкогольный стеатоз – в 35,5%, алкогольный гепатит – в 46,1%, алкогольный цирроз – в 10,5% и только в 7,9% наблюдений упомянутые изменения отсутствовали. В этих

случаях в печени определялись только нарушения кровообращения, зернистая и гидропическая дистрофия гепатоцитов, обусловленные, в первую очередь, токсическим действием этанола.

Таким образом, у большинства лиц, погибших от отравления этанолом, в печени, помимо острых изменений, были выявлены морфологические изменения, несомненно, свидетельствовавшие о злоупотреблении алкоголем задолго до наступления смерти. Скоропостижная смерть, обусловленная приемом токсических доз алкоголя, явилась, в какой-то степени, закономерным финалом алкогольной болезни.

## СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭПОНИМИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

*Соломонова Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель – к.филол.н., доц. Кондратьев Д.К.*

В современной медицинской терминологии чрезвычайно широкое распространение получили терминологические словосочетания, в состав которых входят имена собственные. Такие термины получили название «эпонимических» от греческого *εponυμος* – «дающий своё имя» (часто обозначаются просто как «эпонимы»): операция Рейно-Порро, синдром Бадда-Киари, Shy-Magee syndrome, Witebsky's criteria.

**Цель исследования:** проведение качественно-количественного анализа современной медицинской эпонимической терминологии. Для реализации данной цели выполнен ряд конкретных задач: лексико-семантический анализ эпонимических терминов, выявление частотных характеристик эпонимов, исследование возможностей упорядочения медицинской эпонимической терминологии. Для проведения исследования использовались традиционные лингвистические методы, а также статистические методы.

Материалом исследования явились русские и английские эпонимические термины, взятые из трёхтомного «Энциклопедического словаря современных медицинских терминов», ряда узкоспециальных словарей и самого крупного англоязычного сайта эпонимических терминов <http://whonamedit.com>. Общее количество исследованных терминов составило около 8 тысяч терминов на русском, и столько же на английском языках.

В результате проведенного исследования:

- Выделено свыше 140 семантических классов современной медицинской эпонимической терминологии, проанализированы их частотные характеристики, а также частотность структурных моделей терминов по отдельным семантическим классам.
- Выявлены частотные характеристики эпонимических терминов с одним именем собственным (около 80%), двумя (около 18%), тремя (около 2%) и четырьмя (не более 20 терминов).
- Проведен анализ эпонимических терминов с точки зрения национальной принадлежности авторов (США – свыше 800 терминов, Германия – 630, Франция – 430, Великобритания – 325 и далее по 60 странам), что даёт определенное представление о вкладе ученых конкретных стран в медицинскую науку.
- Проведен словообразовательный анализ эпонимических терминов, выделены основные словообразовательные модели: терминологические словосочетания,

состоящие из опорного слова и эпонима в качестве видового конкретизатора (Бирхера эзофагопластика); терминологические словосочетания, состоящие из опорного слова и прилагательного от имени собственного (циннова связка); номинативные слова, являющиеся результатом транспозиции имен собственных (дальтонизм, пастеризация и др.).

- С целью выявления возможностей упорядочения эпонимической терминологии выявлены основные недостатки и достоинства эпонимических медицинских терминов. С одной стороны, эпонимические термины немотивированны, они не выражают смысла понятий, они часто дают недостоверную информацию о том, кто является первооткрывателем, они не обладают научной точностью, иногда эпонимы недопустимы по этическим соображениям, они громоздки и могут состоять даже из 4 фамилий, с другой стороны, эпонимические термины удобны в силу своей краткости, они служат для увековечивания памяти ученых, и, наконец, эпонимическая медицинская терминология чрезвычайно распространена, она употребляется в медицинской практике, в специальной литературе, в интернете, в Международной классификации болезней последнего 10 пересмотра. Эпонимическая терминология реально существует, и бороться с ней вряд ли имеет смысл.

## **ФЛАВОНОИДЫ И ИХ РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ**

**Софищенко М.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра биохимии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Климович В.В.*

Среди биологически активных компонентов, которые содержатся в пищевых продуктах, последнее время наиболее изучаемыми являются флавоноиды. Такой интерес возник к ним, благодаря эпидемиологическим исследованиям, которые выявили защитный эффект потребления овощей и фруктов растительного происхождения при развитии сердечно-сосудистых и злокачественных заболеваний. Флавоноиды входят в группу полифенольных соединений, и в настоящее время описано более 5000 представителей. В опытах *in vivo* и *in vitro* показано, что флавоноиды обладают антиоксидантными свойствами. Они уменьшают окисление липопротеидов низкой плотности и развитие атеросклероза, тормозят перекисное окисление липидов, канцерогенез. Есть сведения о противоаллергическом, противовоспалительном, противовирусном действии биофлавоноидов. Флавоноиды угнетают агрегацию тромбоцитов, что является положительным фактором в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Представителями флавоноидов являются кверцетин, фицетин, лютеолин, катехины, проантоцианиды, мальведин, петуидин, гесперитин и многие другие. Источниками поступления флавоноидов в организм является пища – это овощи, фрукты, продукты растительного происхождения. Хотя флавоноиды встречаются в отдельных продуктах в невысокой концентрации, тем не менее, при потреблении 400-800 г. овощей и фруктов в сутки организм получает их в достаточном количестве, необходимом для профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Пищевые источники биофлавоноидов: абрикос, виноград, груша, клюква, миндаль, чай, шоколад, яблоко, какао, морковь, капуста краснокочанная, черная смородина, красное вино, брокколи, перец, грейпфрут, черника, лимон, лук, капуста брюссельская, зелёный салат и другие. Так в 1 г. красного сладкого перца содержится 11 мкг флавонов, в то же время проантоцианидов содержится в яблоках от 490 до 1040 мкг/г, а в шоколаде до 4463 мкг/г продукта,

катехины в большом количестве присутствуют в чае (от 18,7 до 204,0 мг/л). Содержание катехинов возрастает с увеличением времени заваривания, а в настое зеленого чая уровень катехинов равен 1 г/л.

Необходимо иметь в виду биодоступность флавоноидов. Одно дело, сколько их содержится в пище, и другое – сколько их поступило в организм. Большая часть флавоноидов, потребляемых с пищей (75-99%), либо не всасывается в желудочно-кишечном тракте, либо выделяется с желчью, либо подвергается метаболизму ферментами микрофлоры кишечника.

Флавоноиды воздействуют на внутреннюю среду организма непосредственно, либо через образования метаболитов. Эти вопросы представляют интерес с учетом установленной связи между потреблением флавоноидов и снижением риска возникновения заболеваний.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНТЕРОЦИТОВ И МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА**

***Стельмах С.В., Карпуть Е.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии им. С.И. Гельберга  
Научные руководители - к.м.н., доц. Жмакин А.И.; Николаева И.В.*

Микробиоценоз кишечника является сложной экологической системой, способной к саморегуляции, и обладающей определенным запасом прочности, позволяющей ей сохранять равновесие при изменении, в определенных границах, внешних условий.

**Целью исследования** было определение возможной взаимозависимости состояния микробиоценоза просвета кишечника и его муцинового слоя с активностью гидролитических ферментов пограничной мембраны энтероцитов.

Эксперименты проведены на беспородных половозрелых крысах, массой 160-180 г, находящихся на стандартном рационе вивария, которые были разделены на три группы и дополнительно получали: 1-я – контрольная, 2-я – внутрижелудочно получала этанол в дозе 4,5 г/кг массы 1 раз в сутки в течение 10 дней; 3-я – помимо этанола, через 30 минут, получала экстракт куколок китайского дубового шелкопряда в дозе 10 мл/кг. Через 24 часа после введения исследуемых веществ крыс декапитировали, вскрывали и в стерильные флакончики отбирали содержимое толстого кишечника. После этого тонкий кишечник вскрывали продольным разрезом, промывали стерильным физраствором и осторожно снимали муциновый слой вместе с энтероцитами. В последнем определяли активность основного фермента, расщепляющего дисахариды – сахаразы.

Из содержимого кишечника и готовили десятикратные разведения в стерильной дистиллированной воде. По 0,1 мл из каждого разведения засеивали на питательные среды (Эндо, пластинчатый МПА, высокий столбик МПА, Рагоза-агар, RCM.) для определения содержания в фекалиях крыс основных представителей нормальной микрофлоры: бифидобактерий, лактобацилл, эшерихий с нормальной ферментативной активностью, лактозонегативных энтеробактерий, анаэробной и аэробной флоры, а также уровня микрофлоры с выраженным газообразованием. О функциональном состоянии энтероцитов судили по активности фермента сахаразы, для чего к навеске образца добавляли субстратно-буферный раствор, содержащий сахарозу, в котором после часовой инкубации при 37<sup>0</sup>С стандартным методом определяли удельное содержание глюкозы.

Данные обрабатывали с помощью программы Statistica 6.0 и определяли



корреляцию активности сахаразы и титра основных групп микроорганизмов, т.е. фактически анализировали взаимосвязь уровня функциональной активности энтероцитов с показателями микробиоценоза. Результаты эксперимента показали, что титр просветной микрофлоры не связан с уровнем активности сахаразы (коэффициенты корреляции колебались от 0,03 до 0,58), в то время как из титров пристеночной микрофлоры статистически достоверно коррелировали с уровнем активности сахаразы лишь лактозонегативные энтеробактерии ( $r=0,76$ ), и медленно растущие аэробы ( $r=0,74$ ).

Таким образом, уровень функциональной активности энтероцитов в определенной степени зависит от состава просветной микрофлоры кишечника. Из пристеночной микрофлоры следует особо выделить титр лактозонегативных энтеробактерий и медленно растущих аэробов. Очевидно, что в данных «мягких» экспериментальных условиях не следовало ожидать колебаний титра бифидобактерий, лактобактерий, *E.coli* с нормальной биохимической активностью, которые и не коррелировали с уровнем активности сахаразы в энтероцитах. Это свидетельствует о том, что взаимосвязь функциональной активности энтероцитов с количественным составом микробиоценоза кишечника (особенно его просветной составляющей) не носит прямого характера и в большей степени определяется титром условно патогенной микрофлоры.

## **ПРОФИЛАКТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Стенько А.А., Маркевич Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии*

Одним из основных звеньев в патогенезе послеоперационного панкреатита и других осложнений при резекции поджелудочной железы является нарушение кровообращения в органе. Циркуляторные нарушения возникают вследствие сочетанного действия операционной травмы и перевязки сосудов органа. Грубые изменения микроциркуляции приводят к гипоксии тканей, извращению тканевого обмена, что разрушает механизмы, предотвращающие аутопереваривание ткани поджелудочной железы. Поэтому общепризнанным элементом патогенетической терапии при резекции поджелудочной железы является необходимость коррекции нарушений микрогемодинамики.

Нами было проведено исследование по изучению влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на микроциркуляторное русло поджелудочной железы при развитии послеоперационного панкреатита. Исследования проводились на 30 белых беспородных крысах-самцах массой 200-250 г. Послеоперационный панкреатит моделировали путем резекции дистальной части поджелудочной железы. Животные были разделены на 2 группы: контрольная – без лечения; опытная – операция дополнялась воздействием НИЛИ (20 мВт, 0,67 мкм) 7 сеансов по 5 минут ежедневно. Выведение из опыта: 3, 7, 14, 30 сутки. Оценка результатов: микроскопия микроциркуляторного русла препаратов поджелудочной железы, налитых тушью-желатином.

В контрольной группе изменения микроциркуляторного русла в прилегающих к зоне резекции участках органа заключались в резкой деформации интраорганных сосудов, диффузном распространении контрастной массы за их пределы; в зоне резекции интраорганные сосуды очень слабо контрастировались или вовсе не определялись. К 7 суткам интраорганное сосудистое русло получило более четкое

изображение. Микроскопически в участках, прилегающих к области резекции, наблюдали сужение капилляров и расширение венул. Непосредственно в области резекции органа формировалась крупнокапиллярная сеть за счет разрастания мелких капилляров. К 14 – 30 суткам состояние микроциркуляторного русла в области рубцевания характеризовалось деформацией сети капилляров. При микроскопическом исследовании сосудистого русла на 30 сутки после операции определялась выраженная перестройка сосудов железы в области рубцевания, которая проявлялась, прежде всего, деформацией мелких сосудов и дезорганизацией сети капилляров. В прилежащих участках железы сосудистая сеть была разрежена.

В опытной группе при изучении морфологии кровеносного русла на 3 сутки после оперативного вмешательства, существенных различий, по сравнению с контролем, не удалось выявить. На препаратах, инъецированных тушью, к 7 суткам структура сосудов сохранялась на всем протяжении. Некоторые сосуды были деформированы, междолевые вены – расширены. Вне зоны резекции формировались коллатеральные пути интраорганный кровообращения. При микроскопическом исследовании микроциркуляторного русла на 14 сутки отмечали умеренную деформацию интраорганный сосудистой сети, незначительное неравномерное расширение венул, снижение плотности капилляров на участках разрастания соединительной ткани. В прилежащих отделах капиллярная сеть была несколько извилистой. К 30 суткам после резекции сосудистая сеть поджелудочной железы заполнялась тушью в достаточной степени, микрососудистое русло в зоне резекции было представлено несколько деформированной капиллярной сетью. В прилежащих отделах архитектура микрососудов не изменялась.

Проведенные экспериментальные исследования по применению НИЛИ при резекции поджелудочной железы показали, что данный метод является патогенетически обоснованным, оказывая корригирующее воздействие на морфофункциональное состояние микроциркуляторного русла культи органа.

## **КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСАМИ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 И 2 ТИПОВ**

*Степанов Т.К., Ёриш Т.Н., Войтехович В.И., Трофимов А.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Гродненская областная инфекционная клиническая больница, Беларусь*

**Актуальность** изучения особенностей различных клинических форм герпетической инфекции обусловлена нарастающей долей ее в структуре заболеваемости инфекционной патологией. Среди всех клинических форм герпетической инфекции наиболее опасная - герпетический менингоэнцефалит.

**Целью** настоящего исследования стало выявление критериев ранней диагностики энцефалитов, вызванных вирусами ВПГ, путем изучения клинико-лабораторных характеристик на раннем этапе болезни.

**Материал и методы.** Материалом исследования стали данные 73 историй болезни (отобранных по случайному признаку) больных, лечившихся в Гродненской областной инфекционной клинической больнице с 2000 по 2007 год. Герпетическая инфекция у всех больных подтверждена обнаружением в крови антигенов вирусов простого герпеса 1 и 2 типов. Среди всех больных число лиц с герпетическими энцефалитами составило 7 больных (9,6±3,4%). Данные историй (всего подверглось сопоставительному и сравнительному анализу 160 параметров, в том числе: жалобы, данные объективного обследования и лабораторные данные) подвергнуты

коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Gamma). Проведено также сравнительно-статистическое исследование.

**Полученные результаты.** В ходе исследования установлено, что герпетический менингоэнцефалит чаще протекает с выраженной головной болью (корреляция +0,92;  $p < 0,001$ ), рвотой (корреляция +0,95;  $p < 0,001$ ), при отсутствии экзантемы (корреляция - 0,61;  $p < 0,01$ ), но при наличии экзантемы (корреляция с явлениями стоматита +0,71;  $p < 0,01$ ), с судорогами (корреляция + 1,0;  $p < 0,0001$ ), нарушениями сознания (корреляция +0,98;  $p < 0,001$ ), при наличии менингеального симптомокомплекса (корреляция +0,96;  $p < 0,001$ ). Состояние больных с момента поступления чаще определяется как тяжелое (корреляция +0,98;  $p < 0,001$ ). Степень выраженности лихорадки и ее продолжительность при герпетической инфекции не определяют риска развития менингоэнцефалита. Герпетический менингоэнцефалит чаще протекает при наличии у больных относительной лимфопении (корреляция с относительным числом лимфоцитов формулы крови -0,52;  $p < 0,05$ ) и низкого содержания числа лимфоцитов в абсолютном выражении (корреляция с содержанием лимфоцитов в абсолютных числах - 0,71;  $p < 0,01$ ), при наличии повышения ЛИИ (корреляция +0,42;  $p < 0,05$ ), при явлениях палочкоядерного сдвига влево (корреляция +0,69;  $p < 0,01$ ), преобладания нейтрофилов в формуле крови (корреляция +0,55;  $p < 0,05$ ) и наличии тенденции к нарастанию удельного содержания нейтрофилов в формуле в течение первой недели разгара (корреляция +0,66;  $p < 0,01$ ). Также характерна базофилия в течение первой недели болезни (корреляция + 1,0;  $p < 0,01$ ). Длительность пребывания больных ВПГ – инфекцией при развитии менингоэнцефалита существенно нарастает (корреляция +0,62;  $p < 0,01$ ). Достоверной связи частоты развития герпетического менингоэнцефалита с типом вируса не отмечено. Не выявлено также значимой связи менингоэнцефалита с возрастом больных.

**Выводы.** Существует ряд признаков, позволяющих опираться на них при обосновании герпетического менингоэнцефалита (общемозговые симптомы: головная боль, рвота, судороги, нарушения сознания, менингеальные знаки,- гематологические признаки: нейтрофиллез со сдвигом формулы крови влево, нарастание ЛИИ, базофилия).

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ**

**Степанюк К.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

*Научный руководитель – к.м.н. Хмельницкая Э.Г.*

Достаточно часто нарушение психоэмоциональной сферы является не столько следствием бесплодия, сколько его причиной. Многие авторы, описывая личностные особенности функционально стерильных женщин, говорят об отклонении материнской роли, нарушении отношений между партнерами, отношении женщины к самой себе и ребенку (Bibring, Goldschtein и др.). Целью данного исследования является изучение психологических особенностей таких женщин, для разработки психодиагностически обоснованных стратегий психологической интервенции.

Обследовано 12 женщин, наблюдающихся в кабинете бесплодия областного клинического роддома. В контрольную группу вошли 15 беременных женщин, находящихся на разных сроках беременности. Были использованы следующие методики: 16-факторный личностный опросник Кеттелла, опросник «Измерения родительских установок и реакций» (PARY), шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES'3).

Полученные данные позволяют описать различия в личностных особенностях, родительских установках и тип семейной системы. Женщин, имеющих проблемы с зачатием, в отличие от беременных женщин, можно описать как пессимистичных, осторожных, стремящихся к безопасности и надежности, через избегание ошибок и трудностей. Чрезмерно фиксирующихся на деталях, обеспокоенных поддержанием социально одобряемого образа себя, имеющих высокие личностные стандарты и желание гордиться своими успехами, честолюбивых, чрезмерно практичных, закрытых опыту, избегающих новых подходов и решений; имеющих низкую значимость таких родительских установок, как «жертвенность» и формирования зависимости у ребенка; отрицающих наличие проблем в реальном семейном функционировании и потребность в изменении типа семейной системы.

Обсуждение полученных результатов с исследуемыми, позволит повысить их мотивацию к психотерапии, прохождению групп тренинга, к индивидуальной психотерапевтической работе, что сможет оптимизировать психотерапевтическую работу. Составление психодиагностически обоснованных программ психотерапии для этой категории больных, конечно же, требует исследования большего количества пациентов и проведения исследования после психотерапевтической интервенции. Однако полученные результаты позволяют выделить мишени психотерапевтической работы для исследованной группы больных. Ими должны стать работа с поведением избегания, закрытостью опыту, высокими личностными стандартами.

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

***Степенкова Д.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

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

Артериальная гипертензия (АГ) – это одно из самых распространенных заболеваний, для которого характерен неуклонный рост числа больных. С этим связано то, что АГ часто сочетается с другими заболеваниями, например, с бронхиальной астмой (БА). Выбор препаратов для лечения АГ у больных с бронхиальной обструкцией ограничен. Им противопоказаны  $\beta$ -адреноблокаторы, ограничен прием мочегонных, а применяемые при БА  $\beta_2$ -адреномиметики могут вызывать тахикардию, повышение АД, чем усугубляют АГ.

**Целью данной работы** являлось выявить особенности лечения АГ у больных, страдающих БА.

Нами исследовано 27 больных БА. Среди них было 23 женщины и 4 мужчин. Возраст больных составлял 17-81 год. Все больные поступали в стационар в стадии обострения БА, при этом у 2-х больных отмечены двух- и трехкратные обострения за этот период. По клиническим данным и результатам дополнительного обследования, БА средней степени тяжести диагностирована у 17 больных, тяжелой – у 10-ти. У 16 больных отмечалась АГ II-III степени, риск 3-4; у 10 больных ИБС. Среди обследованных выделены 3 группы больных. Базисная терапия включала ИКС и СКС,  $\beta_2$ -агонисты короткого действия, пролонгированные ксантины, сердечные гликозиды и при необходимости мочегонные. Первая группа включала 10 больных с тяжелой степенью БА и сопутствующей АГ и ИБС, получавших в комплексной терапии 10 мг амлодипина на ночь. Вторую группу составили 8 больных средней и тяжелой степенью БА с сопутствующей АГ и ИБС, в комплексную терапию был включен эналаприл в дозе 10 мг 2 раза в сутки. Третья группа (контрольная) – 8 больных БА средней степени



тяжести, у 3-х из которых была сопутствующая ИБС и АГ II степени. Эта группа больных получала только базисную терапию.

Результаты исследования. Больные 1-й группы отмечали клиническое улучшение уже на 6-7 сутки лечения. У этих больных исчезли приступы удушья, улучшалась функция внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  на 38,1%, а также нормализовались показатели систолического и диастолического АД, улучшились данные ЭКГ, средний койко-день в этой группе составил 9. Во второй группе также отмечалось клиническое улучшение состояния, функции внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  на 27,4%, но только к 8-му дню лечения. Отмечалась также стабилизация показателей АД. Однако у 50% больных уже к концу первой недели лечения появился ночной кашель, что потребовало у них отмены эналаприла. Койко-день в этой группе составил 11. В контрольной группе улучшение наблюдалось к 7 дню, функция внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  улучшилась на 29,4%, а койко-день составил 10. Достоверного различия показателей койко-дня и дня улучшения в обследуемых группах не отмечено. Однако выявлена тенденция к более быстрому клиническому эффекту, самому короткому койко-дню и достоверное улучшение функции внешнего дыхания по показателям  $ОФВ_1$  при отсутствии побочных эффектов от лечения в группе №1.

Таким образом, данное исследование позволяет рекомендовать включение амлодипина в комплексную терапию БА, сочетающейся с АГ.

## **ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ**

*Степненко А.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии*

*Научный руководитель – ассист. Бутолина К.М.*

Проблема расслаивающей аневризмы аорты до настоящего времени остается актуальной в связи с трудностью прижизненной диагностики и высокой летальностью. Несмотря на то, что возможности раннего клинического распознавания расслаивающей аневризмы аорты расширились, благодаря применению неинвазивных визуализирующих методов, процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов остается высоким.

**Целью нашего исследования** стал клинико-анатомический анализ случаев смерти и причин расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов у умерших от расслаивающей аневризмы аорты за 2003-2006 годы по данным Гродненского областного патолого-анатомического бюро. Нами проанализированы протоколы вскрытия 81 умершего в стационарах области с наличием расслаивающей аневризмы аорты.

**Результаты.** Среди умерших с расслаивающей аневризмой аорты было 25 женщин и 56 мужчин. Средний возраст больных составил  $65,19 \pm 1,28$  года. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила  $2,66 \pm 0,36$  суток. При этом в первые сутки умерло 45 (55,6%) человек.

Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов выявлено в 22 случаях (27,16%). Во всех наблюдениях развилось смертельное осложнение расслоения – разрыв стенки аорты. Досуточная летальность в случаях расхождения диагнозов составила 63,6% (14 случаев). В последующие 2 суток умерло еще 5 больных. И только 3 умерших провели в стационаре более 5 суток (8, 9 и 16 суток). Чаще всего расхождение диагнозов было связано с кратковременным пребыванием больных в

стационаре, поступлением их в тяжелом состоянии с нестабильной гемодинамикой, обусловленной разрывом аневризмы. При этом болевой синдром в грудной клетке в 4-х случаях расценивался как прогрессирующая стенокардия, а в 8 случаях, несмотря на отсутствие характерных изменений на ЭКГ, был выставлен острый инфаркт миокарда. Опоясывающие боли в животе в 1 случае способствовали постановке диагноза острого деструктивного панкреатита, у 3 больных трактовались как острая сосудистая недостаточность кишечника, обусловленная тромбозом мезентериальных артерий. В 2-х случаях в связи с неврологической симптоматикой был выставлен предположительный клинический диагноз инфаркта головного мозга. Резкое ухудшение состояния, сопровождавшееся одышкой, болями в грудной клетке, цианозом верхней половины туловища, в 4-х случаях ошибочно трактовалось как тромбоэмболия ветвей легочной артерии.

Следует отметить, что у 4-х больных расслоение аорты сочеталось с развитием инфаркта миокарда, а у 1-го - с панкреонекрозом, что затрудняло прижизненную диагностику расслаивающей аневризмы аорты. В таких случаях должны помогать инструментальные методы исследования, которые, к сожалению, не всегда или несвоевременно использовались. Так, ряд расхождений диагнозов был связан с недооценкой клинических данных и недообследованием больного. В 1-м случае расхождение диагнозов было обусловлено трудностью диагностики в связи с отсутствием характерного признака расслоения – болевого синдрома.

Таким образом, диагностические трудности расслаивающей аневризмы аорты объясняются, в основном, быстротечностью заболевания. Тщательная детализация болевого синдрома, правильная трактовка ЭКГ изменений, своевременное проведение ультразвукового и рентгенологического исследований будут способствовать правильной диагностике расслаивающей аневризмы аорты. Целесообразно разработать четкие показания к проведению скринингового УЗИ аорты для раннего выявления расслоения, что позволит вовремя выполнить хирургическое вмешательство, которое, наряду с интенсивным консервативным лечением, может продлить жизнь больного.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

***Сторожева К.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель – ассист. Кардаш Н.А.*

Неспецифический характер ранних симптомов и низкая чувствительность диагностических методов препятствуют своевременному выявлению рака поджелудочной железы. Единственно радикальный метод лечения хирургический, но, согласно литературным данным, только у 5% больных, обращающихся к онкологу, опухоль резектабельна. Хирургия, тем не менее, используется с паллиативными целями для контроля желтухи, непроходимости, уменьшения болей. Целью нашей работы явился клинико-морфологический анализ случаев смерти от данного злокачественного новообразования.

Материалом для исследования стали истории болезни, протоколы вскрытий и данные гистологического исследования больных, умерших от рака поджелудочной железы за период с 2000 по 2005 гг., что составило 23 случая.

Рак поджелудочной железы выявлен в возрасте от 42 до 76 лет, при этом средний возраст умерших составил  $59,95 \pm 2,15$ . В 74% случаях это были мужчины и в 26% - женщины. Чаше рак локализовался в головке поджелудочной железы – 52%,

реже в хвосте – 9%. В остальных наблюдениях выявлено сочетанное поражение различных отделов железы.

Для больных с желтухой преобладает тактика предварительного проведения желчеразгрузочных операций, которые были выполнены в 7 случаях. В 2 наблюдениях при отсутствии местной инвазии соседних органов и лимфатических узлов была выполнена панкреатодуоденальная резекция, но смерть больных наступила на 2 и 4 сутки после операции от печеночно-почечной недостаточности и присоединившейся двусторонней бронхопневмонии.

Макроскопически в 13 случаях была выявлена узловатая форма опухоли, узловато-инфильтративная – в 5 и диффузная – в 5 наблюдениях. Среди гистологических форм отмечались высокодифференцированная аденокарцинома (G1) – 3 (13%) случая, умеренно дифференцированная аденокарцинома (G2) – 3 (13%), низкодифференцированная (G3) – 14 (61%). Недифференцированный рак (G4) был обнаружен в 3 (13%) случаях.

В 21 наблюдении были выявлены метастазы в лимфатические узлы ворот печени, парапанкреатические, парааортальные, брыжеечные и паховые. Панкреатический рак метастазирует не только по лимфатическим сосудам, но и гематогенно, а именно, чаще всего в печень – в 15 случаях, а также легкие, почки.

При анализе протоколов вскрытий в 5 случаях выявлено расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов, в результате затруднения дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы с другими заболеваниями. Чаще это было обусловлено прорастанием опухоли в прилегающие органы и ткани. В 2 случаях причиной смерти больных явилось желудочное кровотечение из расширенных вен желудка, которое связывали с циррозом печени. Из-за инвазии опухолью задней стенки желудка и выраженного изъязвления слизистой оболочки ошибочно был выставлен диагноз инфильтративно-язвенного рака желудка. В 1 наблюдении прорастание опухоли в почку трактовалось как рак левой почки с прорастанием в стенку кишечника, изъязвлением и кишечным кровотечением. В 1 случае у больного на первый план вышли проявления плеврита и коллапса левого легкого.

Причиной смерти больных чаще явились выраженная интоксикация и печеночно-почечная недостаточность, обусловленные прогрессированием опухолевого процесса.

Таким образом, рак поджелудочной железы чаще встречается у мужчин, характеризуется скудной и неспецифической клинической симптоматикой, в основном диагностируется на поздних стадиях болезни, что необходимо учитывать при обследовании больных и проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

## **НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ АТЛАНТОЗАТЫЛОЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ**

**Сурба А.Г.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.*

**Цель нашей работы** заключалась в изучении нормальной анатомии первого и второго шейных позвонков, а также некоторых их соединений, для получения в дальнейшем возможности установить анатомические особенности данных образований в определенных возрастных группах.

Первый шейный позвонок соединен с затылочной костью черепа и принимает на себя всю тяжесть головы, за что и получил название «атлант» по имени титана из древнегреческих мифов, удерживающего на своих плечах небесный свод. Атлант не имеет тела и представляет собой кольцо, которое состоит из передней и задней дуги. Эти дуги соединены по бокам двумя латеральными массами. Позвоночное отверстие достаточно большое, округлой формы. На передней дуге спереди расположен бугорок. На внутренней поверхности этой дуги имеется углубление - ямка для зуба второго шейного позвонка. Данная ямка дуги атланта, вместе с указанным зубовидным отростком, формирует так называемый атланто-зубовидный сустав Крювелье (срединный атлантоосевой сустав). На задней дуге атланта находится задний бугорок. Он представляет собой недоразвитый остистый отросток. Сверху и снизу на каждой латеральной массе располагаются суставные поверхности. Верхние суставные ямки имеют овальную форму, они соединяются с мышелками затылочной кости. Нижние суставные поверхности, напротив, округлые, предназначены для сочленения со вторым шейным позвонком. Второй шейный позвонок, осевой, отличается наличием зубо-отростка. Зубовидный отросток осевого позвонка располагается вертикально от тела и является его продолжением. Он имеет головку и шейку. Спереди на головке есть округлой формы суставная поверхность для сочленения с ямкой зуба на задней поверхности передней дуги атланта, сзади - поверхность для сочленения с поперечной связкой атланта.

Атланто-затылочные суставы образованы верхними суставными поверхностями атланта и мышелками затылочной кости. Суставные сумки натянуты слабо и недостаточно укрепляют суставы. Прочность соединения первого шейного позвонка с затылочной костью обеспечивается связочным аппаратом: передней и задней атлантозатылочными мембранами, а также поперечной связкой атланта и собственными связками зуба второго шейного позвонка. Поперечная связка первого шейного позвонка в виде прочного соединительно-тканного тяжа натянута горизонтально между боковыми массами атланта. Она прикрепляется к шероховатой бугристости внутренней поверхности боковых масс. Охватывая зубовидный отросток сзади, эта связка формирует с ним костно-связочный сустав, препятствуя чрезмерному смещению атланта кпереди. Поперечная связка очень прочна, и выдерживает нагрузку в 130-150 кг. Вместе с верхней и нижней ножками, поперечная связка атланта образует крестообразную связку. Кпереди от крестообразной связки расположены собственные связки зубовидного отростка: крыловидные связки и связка верхушки зуба. Данные связки также играют важную роль в прочном соединении черепа с атлантом. Из задней группы связок следует отметить вийную связку, которая выполняет значительную механическую функцию. Она, прикрепляясь к наружному гребню затылочной кости, удерживает все шейные позвонки по отношению к черепу в определенном положении. Твердая мозговая оболочка на уровне первого и второго шейных позвонков утолщена, прочно сращена с надкостницей большого затылочного отверстия и с задней атлантозатылочной мембраной. Она также играет роль связующего звена между позвоночником и черепом.

## **ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПАРИТЕТА РОДОВ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ**

***Сухоцкая Т.Н.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель - д.м.н., проф., Кажина М.В.*

**Актуальность:** недержание мочи является распространенной проблемой женщин в перименопаузе, что отрицательно сказывается на качестве жизни больных.



**Цель:** выявление факторов, которые могли способствовать развитию урогинекологических расстройств.

**Материалы и методы:** проанкетировано 156 женщин старше 50 лет, обратившихся за гинекологической помощью в женские консультации г. Гродно и находившихся на стационарном лечении в ЛПУ Гродно.

**Результаты.** Все опрошенные разделены на 2 группы: 1 группа: указывающие на недержание мочи (60,9%); 2 группа: не указывающие на недержание мочи (39,1%). Результаты представлены в таблице.

| Признак                               |                               | 1 группа (n = 95) | 2 группа (n = 61) |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Кол-во бер.                           | 0 - 1                         | 13,7%             | 25,4%             |
|                                       | 2 - 3                         | 53,7%             | 55,7%             |
|                                       | >3                            | 32,6%             | 22,9%             |
| Кол-во родов:                         | 0 - 1                         | 26,3%             | 40,9%             |
|                                       | 2 - 3                         | 68,4%             | 58,9%             |
|                                       | >3                            | 5,2%              | -                 |
| Самостоятельные роды                  |                               | 92,6%             | 86,9%             |
| Кесарево сечение                      |                               | 6,3%              | 8,2%              |
| Самопроизвольный выкидыш              |                               | 12,6%             | 18%               |
| РМЦ                                   |                               | 8,4%              | 3,2%              |
| Медицинский аборт, в т.ч. осложненный |                               | 41%               | 27,9%             |
| Внематочная беременность              |                               | 3,1%              | 4,9%              |
| Мертворождение                        |                               | 3,1%              | -                 |
| Осложнения беременности               | Токсикоз                      | 29,4%             | 39,3%             |
|                                       | Угроза прерывания             | 11,6%             | 9,8%              |
|                                       | Отслойка плаценты             | 3,1%              | 1,6%              |
|                                       | Многоводие                    | 1,05%             | -                 |
|                                       | Маловодие                     | -                 | 1,6%              |
| Осложнения родов                      | Кровотечение                  | 15,8%             | 13,1%             |
|                                       | Слабость родовой деятельности | 13,7%             | 4,9%              |
|                                       | Стремительные роды            | 5,2%              | 1,6%              |
| Разрывы                               |                               | 60,7%             | 57,4%             |

**Выводы:** на данном этапе исследования выявлено, что недержание мочи у женщин в перименопаузе отмечается в 60,9% случаев. Женщины, имеющие недержание мочи, чаще имели 3 и более беременностей и родов. У них чаще в анамнезе отмечались регуляции менструального цикла, медицинские аборты; осложнения беременности: угроза прерывания, отслойка плаценты; осложнения родов: кровотечение, слабость родовой деятельности, стремительные роды.

## ДВУЯЗЫЧИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Сушкевич Э.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель – доц. кафедры русского и белорусского языков  
Мишонкова Н.А.*

Овладение языком - не автоматический процесс. Он обязательно должен направляться и координироваться, и при этом огромную роль играет сознательное отношение к делу, а это происходит тогда, когда с детьми целенаправленно занимаются

взрослые. В процессе знакомства ребенка с окружающим миром и размышлений о нем раскрываются логические связи явлений, формируется понятийная структура, формируется словарь.

Овладение языком начинается в семье, а затем продолжается в детском саду и в школе. Все это возможно только при активном использовании речи, богатой и вариативной.

В какой мере мы двуязычны?

Двуязычие - билингвизм - подразумевает способность человека пользоваться при общении двумя языками. Предполагается, что один язык освоен в полном объеме, а степень овладения вторым может быть разной: от умения сказать несколько слов до совершенства. Доминирующим остаётся тот язык, который усваивается в раннем детстве, язык семьи, матери. Во многих языках родной язык - это «материнский язык». Но им может оказаться и язык отца, и язык няни, и язык соседей по дому, а впоследствии - язык школы, университета, работы и т.п. Чем сильнее мотивация изучения языка, чем чаще он звучит вокруг, чем активнее приходится пользоваться каким-то языком самому, тем больше вероятность, что он станет основным языком общения.

Как бы ни был велик русский язык, в его пределах сосуществует множество диалектов и говоров. Как бы ни были независимы молодые самостоятельные государства, на территории которых проживают представители разных национальностей - носители разных языков и культур. Множество людей владеет не одним и двумя, а большим количеством языков. Но в многоязычном сообществе необходимо учитывать возможности организации поддержки каждого из языков. Пути возникновения двуязычия:

- семейное двуязычие - родители при общении используют разные языки; в общении между собой и/или с детьми они пользуются одним из них; этот язык совпадает или не совпадает с языком окружающих;
- в семье принят один язык, а в обществе - другой;
- все общество двуязычно.

Некоторые ученые считают, что второй язык может развиваться только в той мере, в которой развито восприятие мира на первом языке. Поэтому с прекращением изучения родного языка останавливается развитие интеллекта, и второй язык не может быть усвоен в большем объеме, чем первый.

Национальное и социальное происхождение, уровень семьи, физические и интеллектуальные способности остаются разными, и поэтому полное выравнивание всех по языку и культуре не может быть. Определение нормы владения русским языком у двуязычных детей – вопрос трудный.

Уровень их умений говорить и писать на каждом из языков очень разный. Образец поведения дают ребенку, с одной стороны, родители, с другой - сверстники, герои книг или телепередач, знакомые. Поэтому приоритетное значение имеют нормы, выработанные в семье, т.е. те, которые «воспроизводятся» на русском языке. Привычки: что делать утром, вечером, по воскресеньям; как отмечать дни рождения; кому писать письма; как убирать квартиру; как делать и обсуждать покупки - всему этому дети волей-неволей учатся у своих родителей. Например, во многих русских семьях принято думать, что ребенок, который не поздоровался, тебя не уважает, что гостей нужно кормить «до отвала», что хорошо давать друзьям деньги в долг и принимать участие в чужой жизни, стремясь позаботиться о благе ближнего. Многие русские ощущают, что эта система ценностей не во всем совпадает с тем, что говорят и делают, как ведут себя люди вокруг. Ребенок оказывается в тяжелом положении. Он разрывается между требованиями, которые предъявляет к нему общество большое, где он, в общем-то, никому особенно не нужен, и общество малое, где его любят, но где налицо масса жизненных трудностей. Да еще разница в языках: том, на котором

говорят в семье, и том, на котором говорят вне семьи.

Двуязычие дается нелегко. У многих двуязычных детей возникают проблемы в отношениях со сверстниками, иногда агрессивность. Так, финские подростки в Швеции, эмигранты второго поколения, составляли в 1973 г. 31% пациентов клиники неврозов. Непонимание своего места в мире - это травма. Жизнь в иноязычной среде, по иным законам, чем дома, - это совсем не то же самое, что частые поездки за границу и хорошее знание иностранных языков. Но в ситуации, когда двуязычие неизбежно, необходимо сделать как можно больше для сохранения уравновешенной психики у детей.

## **ФОРМИРОВАНИЕ РУМЛЁВСКОГО ЛЕСОПАРКА КАК ЧАСТЬ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ г. ГРОДНО**

**Табунов Д.Г.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

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

Румлёвский лесопарк появился примерно в конце 18 века, когда в моду вошли зелёные насаждения, сохраняющие черты как регулярного, так и пейзажного парков. Кленовые посадки, которые вели к панской усадьбе, место и характер произрастания деревьев указывают на его регулярные черты. Приспособленная для отдыха лесная, так называемая «сольная» часть парка, демонстрирует детали пейзажной садово-парковой архитектуры. За время своего существования парк сменил не менее десяти хозяев. За более чем два столетия он превратился из центра шляхецкой усадьбы в уютную часть Принеманского района города в юго-восточной его части. Город сравнительно недавно дошёл до границ Румлёво, включив, тем самым, эти места в свою историю. Поэтому историческое прошлое Румлёво стало актуальным только недавно и исследовано пока недостаточно. Немало тайн хранит парк от горожан. Прежде всего, неясным остаётся толкование его названия - «Румлёво». Известно, что когда-то, в первой половине 19 века, на этом месте находились владения помещика Якова Богдановича Румеля. Естественно, можно предположить, что название «Румлёво» произошло от имени владельца. Менее обоснованным представляются варианты: по местонахождению на реке Неман, по которой сплавляли лес (рум - пристань на берегу для укладки лесоматериалов и подготовки их к сплаву) или по характерной планировке погонного двора деревень в нашей местности - рума, где жилой дом размещался в один ряд, часто под одной крышей с хозяйственными постройками. Самым первым известным нам владельцем Румлёво был помещик, вице-маршалак гродненский, известный философ и публицист своего времени Игнатий Ляхницкий. Впоследствии будущее поместье Румлёво перешло по наследству к помещику Я.Б. Румелю. Именно со времён Румеля усадьба под названием «Румлёвка», «Румелиовек» или «Румелиовка» упоминается в архивных документах. Постепенно из небольшой усадьбы сформировалось одноимённое поместье. Земли имения Румлёво считались «принадлежащими по плодородию к среднему разряду». По течению Немана тянулся на 500 саженей сосновый лес, который в окружности составлял 80 десятин. По современным меркам это 87,5 гектаров. Место было хорошее, выгодное и прибыльное, так как находилось на сплавной реке и на почтовом пути из Волковыска в Гродно. После смерти Румеля поместье перешло к Константину Ивановичу Видоцкому.

В 1938 г. в ходе прокладки дороги было обнаружено большое количество останков древних растений и животных. Строители обратили на находку внимание гродненских властей. В государственном архиве гродненской области сохранились

записи об этих находках директора музея природы Станислава Живны. Он, хоть и являлся натуралистом-любителем, досконально обследовал и документировал находки. Его заключение: останки, найденные в Румлёво, датируются четвертичным периодом. А этот период, как известно, имеет протяжённость от 700 тысяч до 3.5 миллионов лет. По мнению Живны, в этой местности когда-то было озеро или река ледникового происхождения. Трупы замерзших животных сносились сюда водой и оставались в донных отложениях. Благодаря этому, особенно хорошо сохранились кости животных. Как вытекает из архивов, часть останков животных принадлежала мамонту и волосатому носорогу. Для того чтобы кости не рассыпались, Живна своевременно законсервировал их химическими реактивами, благодаря чему их до сих пор можно увидеть в Гродненском государственном историко-археологическом музее. Это часть челюсти и зуб мамонта.

В настоящее время большая часть Румлёво - это старейший участок естественного леса, с преобладанием деревьев лиственной породы.

## **КИСЛОРОДТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА**

***Тайрова Е.Ш., Болтач А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Лис М.А.*

Безболевою ишемию миокарда (БИМ) считают плохим прогностическим признаком, поскольку ее наличие четко связано с повышенным риском развития нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда и внезапной смерти (1).

При БИМ гипоксия миокарда в определенной степени зависит от состояния кислородтранспортной функции крови (КТФК). Однако особенности КТФК при БИМ недостаточно изучены.

**Материал и методы.** Нами проведено динамическое наблюдение и лечение 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) ИБС со ССН II функционального класса, протекавший с АГ II степени (по классификации ВОЗ/МОАГ, 1999 г.) и имевших БИМ и 20 больных с той же патологией, но не имевших БИМ. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц (9 мужчин и 11 женщин). В исследование не включались больные с сопутствующими заболеваниями, которые могли бы оказать влияние на изучаемые параметры – сахарный диабет, аритмии и др. Показатели КТФК: напряжение кислорода ( $p50$ ), напряжение углекислого газа ( $pCO_2$ ), pH крови, действительный избыток буферных оснований (ABE), концентрацию гидрокарбоната ( $HCO_3^-$ ), концентрацию общей углекислоты ( $TCO_2^-$ ), стандартный дефицит буферных оснований (SBE), концентрацию стандартного бикарбоната (SBC) – определяли на газоанализаторе Synthesis 15 (фирма Laboratory Instrumentals; США). Показатель  $p50$  определялся спектрофотометрически. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью программы «STATISTIKA 6.0». Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при значении вероятности ошибки  $p < 0,05$ .



Результаты представлены в таблице 1.

| Показатель                              | Здоровые    | без БИМ     | с БИМ       |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| p50 реал., мм рт. ст.                   | 28,34±0,27  | 26,66±0,48  | 24,96±0,58  |
| p50 станд., мм рт.ст.                   | 26,54±0,18  | 25,01±0,25  | 24,61±0,25  |
| pO <sub>2</sub> , мм рт.ст              | 35,87±0,84  | 30,23±1,08  | 27,52±1,00  |
| pCO <sub>2</sub> , мм рт.ст             | 40,03±1,33  | 46,04±1,40  | 45,69±1,36  |
| pH                                      | 7,344±0,005 | 7,310±0,011 | 7,402±0,042 |
| HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , ммоль/л | 27,72±0,44  | 26,41±0,66  | 26,31±0,25  |
| TCO <sub>2</sub> , ммоль/л              | 29,27±0,56  | 28,36±0,82  | 28,05±0,67  |
| ABE, ммоль/л                            | 2,13±0,38   | 0,98±0,67   | 0,80±0,13   |
| SBE, ммоль/л                            | 2,12±0,54   | 1,73±0,25   | 1,25±0,19   |
| SBC, ммоль/л                            | 26,48±0,79  | 22,89±0,71  | 24,30±0,80  |

Таким образом, из вышеприведенной таблицы полученные данные указывают, что у больных с ССН ФК II с АГ II и имевших безболевою ишемию миокарда показатели КТФК значительно хуже по сравнению с контрольной группой и даже с группой пациентов той же патологии, но в отсутствии безболевой ишемии миокарда. Следовательно, отмечается снижение компенсаторной реакции организма к гипоксии и повышение сродства гемоглобина к кислороду. Возможно, возникающая гипоксия является одним из звеньев патогенеза БИМ, что следует учитывать при определении тактики лечения этого заболевания.

Литература:

1. Марцевич, С. Ю. Бессимптомная ишемия миокарда: возможность ошибочной диагностики / С.Ю. Марцевич // Терапевтический архив. – 1999. Т.71, №12.- с. 11-13.

## АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ КЛИНИКО- ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

**Тарасик А.О., Савченко А.А., Августиневич А.А., Дунаев Д.И.,  
Казбанов В.В., Марукович Ю.С., Гриб О.К.**

*Белорусский государственный медицинский университет*

*Кафедра детской хирургии*

*Научный руководитель - доц. к.м.н. Дегтярев Ю.Г.*

**Актуальность.** Атрезия желчных ходов – обструктивное поражение желчных путей неясной этиологии. Это заболевание занимает первое место среди всех причин желтухи в раннем детском возрасте, когда необходимо хирургическое лечение. Частота данной патологии составляет 1:15000 новорожденных.

Для лечения данной патологии применяют операцию Касаи и её модификации, либо трансплантацию печени. Однако до сих пор ни у кого нет полного удовлетворения результатами лечения, и в отношении данной проблемы существует много противоречивых мнений. Атрезия желчных протоков (билиарная атрезия) - сложный порок развития желчевыводящей системы, при котором до сих пор совершается много диагностических и тактических ошибок на различных этапах обследования и лечения данной патологии. Наблюдается четкая зависимость сроков выживаемости после операции от сроков её выполнения.

**Цель работы** изучить методы диагностики АЖХ, выявить оптимальный алгоритм диагностики этой аномалии, уточнить механизмы восстановления энтерогепатической циркуляции компонентов желчи, выявить динамику морфологических изменений в печени при холестазах, изучить функциональное состояние экспериментальных животных после перевязки общего желчного протока.

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни за период с 2000 по 2005 год, рассмотрены методы диагностики АЖХ, их ценность, проанализированы изменения показателей биохимического анализа крови, данных УЗИ. Так же были изучены данные гистологического исследования, сцинтиграфии. С целью уточнения механизмов восстановления энтерогепатической циркуляции компонентов желчи в условиях экспериментального холестаза проведена попытка изучить в динамике морфологические изменения в печени и желчевыводящих протоках, проведены экспериментальные исследования на 50 белых крысах - самцах линии Вистар массой 250-300 граммов. Функциональное состояние животных с холестазом оценивали с использованием методик измерения глубокой и поверхностной температуры тела, определения порогов болевой чувствительности организма, измерения уровня артериального давления и изменения массы печени, селезенки, желудка, междолевой брыжейки жировой ткани.

**Выводы.** В результате работы нами был предложен алгоритм исследования ребенка при подозрении на АЖХ, дано возможное экспериментальное обоснование эффективности операции Касаи, прослежены морфологические изменения в печени при холестазе у лабораторных животных, изучено функциональное состояние экспериментальных животных после перевязки общего желчного протока.

## **КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕСТИРУЮЩИЕ СРЕДЫ В ИННОВАЦИОННОМ ОБРАЗОВАНИИ**

***Тарасова Е.А., Михальчук Н.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

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

Одной из составляющих в механизме создания конкурентоспособной экономики Республики Беларусь является инновационное образование. Инновационные технологии в обучении предполагают применение эффективной системы контроля знаний. На сегодняшний день наиболее технологичным и объективным инструментом для оценки знаний является компьютерное тестирование. Применяемые в настоящее время компьютерные тестирующие среды (КТС) многочисленны и весьма разнообразны по своим функциональным возможностям, по реализованным в них педагогическим концепциям, по механизму формирования итоговой оценки. Такое многообразие среди КТС есть результат отсутствия образовательного стандарта на компьютерные тесты как средство педагогических измерений. Поэтому целью нашей работы является обобщение имеющегося опыта применения КТС, выработка требований к тестирующим средам на основе теории и практики тестологии. В результате анализа многолетнего применения в условиях ГрГМУ КТС нами сформулированы требования, которым они должны удовлетворять. Ниже мы приводим, на наш взгляд, наиболее важные из них.

КТС, применяемая в условиях одного вуза, должна быть унифицированной и пройти внутреннюю сертификацию на учебно-методическом совете. Критерии оценок должны быть научно обоснованы и унифицированы.

В КТС должна быть реализована возможность однопользовательского (персональное тестирование) и многопользовательского (групповое тестирование) режима.

КТС должна состоять из трех основных элементов: а) блока редактирования тестов (БР); б) блока тестирования (БТ); в) блока ведения статистики тестирования

(БС).

БР должен позволять проводить удобную и эффективную разработку научно обоснованных тестов, а так же их редактирование. КТС может быть признанной эффективной только в том случае, если она позволяет включать в тестовые задания не только текстовую информацию, но и мультимедиа-информацию.

БР должен иметь возможность создания тестов на выбор одного или нескольких правильных ответов, установление соответствия, выбор последовательности, на свободный ввод ответа с помощью клавиатуры.

В БР должны быть реализованы различные, гибко настраиваемые, схемы начисления итоговой оценки (балла достижений). Здесь весьма полезной в смысле экономии учебного времени может быть функция «досрочного завершения тестирования».

БТ должен иметь возможность функционирования в различных режимах (тестирование с лимитом времени и без ограничения времени, зачет/незачет, режим обучения с выдачей подсказок, навигация по тестовым заданиям с возвратом и без возврата к заданию, индикация времени и набранных баллов).

БТ должен иметь возможность вывода на экран компьютерного монитора инструкции по тестированию, в которой детально прописаны задания на тестирование (выбрать один или несколько правильных вопросов, установить соответствие и т.д.).

В БС реализуется функция ведения базы данных по тестам и тестируемым, а так же выдачи отчетов о результатах тестирования на экран монитора и в электронной форме.

Для каждого функционального блока КТС создается своя группа пользователей с различными уровнями доступа (для блока редактирования – разработчики тестов (преподаватели), для блока тестирования – студенты, для блока статистики – преподаватели).

КТС должна обеспечивать надежное шифрование тестов и результатов тестирования современными методами стойкой криптографии, иметь возможность устанавливать пароли на различные манипуляции с тестовыми заданиями (просмотр, редактирование).

## **ЭМБРИОГЕНЕЗ МАТКИ И МАТОЧНЫХ ТРУБ ЧЕЛОВЕКА**

***Татун Т.В., Сикерич Т.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель - д.м.н. проф. Околоккулак Е.С.*

Одной из важнейших проблем современной биологии является проблема регуляции рождаемости и разрешение ее возможно при глубоком и точном изучении эмбриогенеза репродуктивной системы. Наибольшим воздействиям и изменениям живой организм подвергается на ранних этапах эмбрионального развития и поэтому изучение процессов эмбриогенеза внутренних половых органов остается актуальным в наши дни. Возможность предположения пороков развития органов репродуктивной системы имеет смысл при тщательном исследовании процессов их эмбрионального развития. На сегодняшний день известно много работ, посвященных изучению развития внутренних женских половых органов, так как эта проблема издавна привлекала внимание исследователей.

В настоящее время накоплен огромный материал, касающийся места закладки, времени и характера развития парамезонефральных протоков, которые служат основой для формирования внутренних женских половых органов. Хорошо известно

происхождение матки и маточных труб из парамезонефральных протоков, но в то же время дискутируется вопрос о происхождении, закладке, времени и слиянии парамезонефральных протоков. Каналы возникают из воронки пронефроса (К.П. Улезко-Строганова 1939), из протоков мезонефроса (А.Г. Кнорре 1959), из зародышевого (М.Н. Какушкин 1926) и целомического (С.Д. Шахов 1966) эпителия. Закладка парамезонефральных протоков обнаруживается на четвертой (К.П. Улезко-Строганов), шестой (Ю.Н. Шаповалов, Л.Н. Дайнеко 1966), восьмой (В.М. Patten) неделях внутриутробного развития. Одни исследователи считают, что парамезонефральные протоки - это самостоятельные структуры, которые возникают в результате образования в целомическом эпителии желобков параллельно протокам мезонефросов. Впоследствии желобки закрываются и формируются протоки (В.М. Patten 1959). Согласно другим представлениям, парамезонефральные протоки возникают в результате отщепления от мезонефральных протоков плотного клеточного тяжа (А.Г. Кнорре 1967). Нет единого мнения и о слиянии парамезонефральных протоков. Ю.Н. Шаповалов, Н.Н. Федорова 1966 считают, что формирование матки соответствует девятой неделе внутриутробного развития, Л.Н. Дайнеко - конец третьего месяца, Г.Д. Рожанская 1936 - конец четвертого месяца. Формирование маточных труб начинается на восьмой неделе внутриутробного развития из неслившихся в верхней трети парамезонефральных протоков (Н.Н. Федорова 1966; О.В. Волкова, М.Н. Пекарский 1976; Н.В. Кобозева 1981).

Таким образом, приведенные данные показывают, что до настоящего времени нет единого мнения в вопросах закладки и формирования матки и маточных труб. Поэтому изучение вопроса эмбриогенеза женских внутренних половых органов является актуальным и перспективным.

## **ИЗУЧЕНИЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ И МЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ ПРОТОКОВ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА**

*Татун Т.В., Сикерич Т.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель - д.м.н. проф. Околокулак Е.С.*

**Целью** нашего исследования является изучение топографии парамезонефральных и мезонефральных протоков на ранних сроках эмбриогенеза. Материалом исследования служили зародыши человека с теменно-копчиковой длиной (ТКД) от 17 до 21мм, взятые из коллекции кафедры нормальной анатомии БГМУ. Микроскопически были исследованы сагиттальные, поперечные и фронтальные срезы, окрашенные по методу Большевского-Буке, гематоксифилином и эозином.

По данным литературы, на ранних этапах развития у зародышей с ТКД 7-10 мм (33-38 суток) мезонефрос располагается почти на всю длину зародыша, латерально и кзади от него находится небольшой участок мезенхимы и мезонефральный проток. У зародышей с ТКД 11-14 мм (39-43 суток) топографически изменяется расположение органов брюшной полости: первичная почка, парамезонефральный и мезонефральный протоки, формирующаяся гонада краниально граничит с надпочечником и зачатками легких, вентрально - с печенью и формирующимся желудком (А.А. Молдавская 2000).

По данным нашего исследования, индифферентная стадия развития половой системы представлена парамезонефральными и мезонефральными протоками, которые у зародышей 17мм (46 суток) располагаются вдоль мезонефроса на уровне средней трети его. Отмечается определенное топографическое взаимоотношение



парамезонефральных и мезонефральных протоков, первый из которых находится в мезенхиме первичной почки более латерально, чем второй и располагаются они параллельно друг другу. Мезенхима одного протока переходит в стенку другого и из этого может следовать то, что парамезонефральный проток отщепился от протока первичной почки. У зародышей с ТКД 19 мм (49 суток) на сагиттальных срезах парамезонефральные протоки вытягиваются в каудальном направлении вентральнее от них находится гонада, участок редуцирующегося мезонефроса; просвет парамезонефральных протоков шире, чем мезонефральных. На этом этапе эмбриогенеза происходит дифференцировка по женскому типу: редукция мезонефральных протоков и рост парамезонефральных протоков, из которых образуются женские внутренние половые органы. В этот период топографическое расположение органов брюшной полости выглядит так: вентральнее левого парамезонефрального протока расположен формирующийся желудок с поджелудочной железой, вентральнее правого - печень, краниальнее обоих находится постоянная почка с надпочечником. Парамезонефральный проток располагается между мочевым пузырем и прямой кишкой, это соответствует уровню 2-3 поясничных позвонков, при этом много нервных волокон начинает подходить к мезенхиме протоков. У зародышей с ТКД 21 мм (51 сутки) на поперечных срезах левой половины тела, каудальнее постоянной почки, находится участок мезенхимы с двумя протоками, вокруг которых располагается множество сосудов, заполненных форменными элементами; это запусевающие сосуды мезонефроса, которые являются главным источником кровоснабжения. Сосуды первичной почки являются главным источником кровоснабжения парамезонефральных и мезонефральных протоков. Т.о., первичная почка играет главенствующую роль в развитии женских и мужских половых органов.

Данные эмбриогенеза позволяют в полной мере изучить истинную структуру исследуемого органа, а также установить связь развития кровоснабжения и иннервации, которые напрямую зависят от соседних органов.

## **ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫЕ ПРОТОКИ И ИХ РОЛЬ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ МАТКИ**

***Татун Т.В., Сикерич Т.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель - д.м.н. проф. Околоулак Е.С.*

**Целью нашего исследования** является определение времени образования эмбриональной матки из парамезонефральных протоков. Материалом исследования служили зародыши человека с теменно-копчиковой длиной (ТКД) от 27 до 35 мм, взятые из коллекции кафедры нормальной анатомии БГМУ. Макроскопически были изучены сагиттальные, фронтальные и поперечные срезы зародышей, окрашенные методом Большовского-Буке, гематоксифилином и эозином.

По литературным данным, слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков начинается у зародышей с ТКД 33 мм, а у зародышей, имеющих ТКД 35 мм, происходит полное слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков (В.Р. Линкевич). По данным Л.И. Фалина, слияние протоков начинается у зародышей с ТКД 29 мм, а полное - у зародышей с ТКД 31 мм.

По данным нашего исследования, у зародышей, имеющих ТКД 29 мм, отмечается сближение парамезонефральных протоков. На поперечных срезах видны 4 отверстия обособленных протоков, в медиальной части 2 парамезонефральных протока, а с обеих сторон, латеральнее их, 2 мезонефральных протока. После слияния

каудальных отделов парамезонефральных протоков между ними находится общая перегородка и только лишь у зародышей с ТКД 33 мм перегородка между ними исчезает и образуется общий просвет, который является полостью будущей матки. На сагиттальных срезах эмбриональная матка представлена в виде трубки вытянутой формы, имеет узкую полость, которая открывается в мочеполовой синус.

Таким образом, слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков начинается у зародышей с ТКД 29 мм, которые имеют общую перегородку. Окончательное слияние каудальных отделов протоков и формирование матки наблюдается у зародышей с ТКД 33 мм.

## **ВАРИАНТ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ**

**Тишин А.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра факультетской терапии*

*Научный руководитель - к.м.н., ассист. Виноградова Т.А.*

В связи с недостаточной информативностью и значительной продолжительностью традиционных микробиологических исследований, отсутствие у 20-30% больных продуктивного кашля, невозможности выделения культуры внутриклеточных возбудителей при использовании стандартных диагностических подходов, прием антибактериальных препаратов до установления диагноза делают невозможным применение этиологической классификации пневмоний в амбулаторной практике. Поэтому существуют четкие рекомендации по лечению амбулаторных пациентов с нетяжелыми внегоспитальными пневмониями, согласно которым препаратами выбора для лиц до 60 лет без сопутствующей патологии являются амоксициллин внутрь или макролиды внутрь.

**Целью работы** явилась оценка риска клинической неудачи лечения при использовании амоксициллина внутрь в дозе 0,5 г 3 раза в день и флемоксина-солютаба внутрь в той же дозе в течение 10 дней у амбулаторных пациентов моложе 60 лет без сопутствующей патологии.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 24 пациента, обратившихся в городские поликлиники, с клинко-рентгенологическими признаками внегоспитальной нетяжелой пневмонии, не лечившихся до обращения. Пациенты были разделены на 2 равные группы. Первая получала амоксициллин внутрь в дозе 0,5 г 3 раза в день, вторая флемоксин-солютаб внутрь в той же дозе. Диагноз устанавливался на основании клинко-рентгенологического исследования и данных ОАК. Контроль эффективности лечения проводился на 10 день терапии.

Степень риска клинической неудачи оценивали по отсутствию клинко-лабораторного эффекта от проводимой терапии и необходимости перевода больного на другие антибактериальные препараты, а также отсутствию положительной рентгенологической динамики в течение 10 дней.

**Результаты и их обсуждение.** В результате проведенного исследования установлено, что степень риска клинической неудачи составляет для первой группы по клинко-лабораторным данным 3 случая (25%), по рентгенологическим – 2 случая (16,67%), суммарно – 41,67%. Степень риска клинической неудачи для второй группы по клинко-лабораторным данным 2 случая (16,67%), по рентгенологическим – 1 случай (8,33%), суммарно – 25%. Высокая клиническая эффективность флемоксина-солютаб, вероятно, объясняется быстрым и практически полным всасыванием

препарата при пероральном приеме. Таким образом, применение флемоксина-солютаб для лечения нетяжелой внегоспитальной пневмонии представляется более предпочтительным.

## ПОНИМАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМИ И МЕДПЕРСОНАЛОМ

*Тодрик И.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Научный руководитель - Хмельницкая Э.Г.*

Многие авторы подчеркивают важность эмоциональной поддержки, которую получает пациент от медперсонала. Наиболее важная составляющая эмоциональной поддержки (ЭП) - это ощущение пациентом того, что его понимают и уважают (Salmon, 2002). ЭП строится на попытке врача прояснить актуальные переживания пациента и адекватно скорректировать их, выявить и удовлетворить ожидания пациента от взаимодействия с медперсоналом, что повысит удовлетворенность оказываемой медицинской помощью.

Исследования зарубежных авторов выявили, что ощущение пациентами эмоциональной поддержки со стороны медперсонала приводит к снижению у пациентов депрессивных реакций (Rosenberg и соавт. 1988), снижению иммуносупрессии (Linn и соавт. 1988; Levy и соавт. 1990), улучшает адаптацию к послеоперационному периоду (Auerbach и соавт. 1984). Несмотря на большое значение эмоциональной поддержки, пациенты, как и медперсонал, не всегда правильно понимают ее.

**Цель данного исследования** - выяснить особенности понимания эмоциональной поддержки пациентами и медперсоналом. Пациентам, врачам и медсестрам была предложена анкета, в которой содержалось описание переживаний пациентов, связанных с их болезнью и возможные ответы медперсонала. Один из ответов являлся ответом, выражающим эмоциональную поддержку (попытка прояснить эмоциональное состояние больного и его причины). Второй ответ представлял собой попытку успокоить, подбодрить пациента, без прояснения причин его переживаний.

|           | <i>Кол-во человек, принявших участие в исследовании</i> | <i>Во всех ситуациях выбраны ответы ЭП</i> | <i>Кол-во ответов ЭП на ситуацию, описывающую плачущего после операции ребенка</i> | <i>Кол-во ответов ЭП на ситуацию пациента, предъявляющего большое количество функциональных жалоб</i> |
|-----------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Врачи     | 20                                                      | 6 (30%)                                    | 2 (16%) из 12                                                                      | 10 (83%) из 12                                                                                        |
| Медсестры | 21                                                      | 4 (19%)                                    | 3 (18%) из 17                                                                      | 10 (59%) из 17                                                                                        |
| Пациенты  | 45                                                      | 22 (49%)                                   | 6 (26%) из 23                                                                      | 18 (78%) из 23                                                                                        |

Описанные в таблице данные позволяют выявить некоторые тенденции в понимании эмоциональной поддержки, которые приводят к формированию некоторых коммуникативных паттернов во взаимодействии медперсонала и пациентов: 1) стремление успокоить ребенка, без прояснения его реальных переживаний, 2) значительное увеличение предоставления эмоциональной поддержки пациентам с функциональными жалобами. Невысокая потребность (49%) в ЭП со стороны самих пациентов, вероятно, связана с низкой медицинской культурой населения, избеганием открыто говорить с врачом о своих переживаниях, нежеланием обременять врача своими проблемами. Исследование требует дальнейшего проведения, с целью выявления причин формирования коммуникативных стереотипов.

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Токунов В.А., Безмен И.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

В хирургии осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП) в настоящее время существует множество способов дренирования и санации гнойно-некротических полостей, но все они обладают рядом существенных недостатков. В связи с этим возникает необходимость в разработке более эффективных методов лечения осложнений ОДП.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения поздних осложнений острого деструктивного панкреатита с разработкой новых методов хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней 149 больных, находившихся на лечении в ГОКБ с 2002-2007 г., по поводу поздних осложнений острого деструктивного панкреатита. Средний возраст составил - 42,3 года. Все больные были разделены на 3 группы: 1 - кисты поджелудочной железы (99 больных), 2 - свищи поджелудочной железы (14), 3 - хронический панкреатит (36).

**Результаты.** Всего пациентам 1 группы было выполнено 99 оперативных вмешательств. В 31 случае развились послеоперационные осложнения. Наибольшее количество осложнений выявлено после операций наружного дренирования поджелудочной железы (ПЖ), панкреатоцистогастростомии. Во 2 группе неудовлетворительные результаты отмечены у больных с иссечением свища ПЖ, без дренирующих протоковую систему железы операций (5). У 4 больных развился рецидив наружного панкреатического свища. Адекватным оперативным вмешательством при лечении свища с наличием нарушения оттока панкреатического секрета ПЖ в 12-перстную кишку является метод иссечения свища с выполнением продольной панкреатоеюностомии с изолированной по Ру петлей тощей кишки. В 3 группе пациентов, при атрофических явлениях в хвосте ПЖ и подозрении на малигнизацию, выполнена дистальная резекция поджелудочной железы (5) и дистальная гемипанкреатэктомия (4). При псевдотуморозном панкреатите в головке ПЖ выполнялась клиновидная резекция головки ПЖ с продольной панкреатоеюностомией (4), при локализации патологического процесса в теле ПЖ - секторальная резекция ПЖ с наложением дистального панкреатоеюноанастомоза (2). У больных с расширением главного панкреатического протока выполнена продольная панкреатоеюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки (21), при наличии вирсунголитиаза производилась вирсунголитотомия (6). В послеоперационном периоде у 3 больных отмечены явления послеоперационного панкреатита, которые были купированы применением консервативной терапии.

**Выводы.** Лечение поздних осложнений ОДП позволяет наиболее оптимально подойти к выбору метода и объема оперативного лечения. Наиболее адекватным методом внутреннего дренирования кистозных образований и протоковой системы поджелудочной железы является наложение анастомоза с выключенной по Ру петлей тощей кишки. Предложенный «Способ программированной лапароскопической санации гнойно-некротических полостей» обеспечивает высокую эффективность хирургической санации гнойно-некротической полости при снижении травматичности санации за счет минимизации оперативного доступа, что значительно улучшает результаты хирургического лечения гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита. Разработанный «Способ панкреатоцистовирсунгоеюностомии»



обеспечивает возможность одновременного адекватного внутреннего дренирования панкреатических кист расположенных по задней поверхности поджелудочной железы и главного панкреатического протока при осложнениях острого деструктивного панкреатита.

## ЦИФРОВАЯ ПОСТОБРАБОТКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ

*Токунов В.А., Безмен И.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии  
Научный руководитель – к.м.н. Волков В.Н.*

**Актуальность.** Во всех реальных системах медицинской визуализации приходится искать некоторое решение задачи обработки изображения, оптимизирующее какой-то параметр. Переход на цифровые технологии позволяет, решать данную проблему, используя математические методы постобработки диагностических изображений. К таким вариантам цифровой фильтрации относится способ изменения яркости всех элементов матрицы изображения, частотная фильтрация при обратной свертке (матричное преобразование Фурье).

**Цель.** В данной экспериментальной работе основной задачей было увеличение контрастности малоразмерных объектов с помощью процессов постобработки диагностического цифрового изображения.

**Материалы и методы.** Одним из ограничивающих моментов является способность наблюдателя обнаруживать наличие какого-либо объекта на контрастном фоне. Эта способность зависит от величины самого контраста, уровня освещенности, углового размера объекта. Зависимость визуализации от этих факторов носит преимущественно линейный характер. Для постобработки использовались цифровые изображения, полученные с помощью ультразвукового аппарата Medison-8000SE. Контраст определялся по формуле:  $C = (B_s - B_0) / B_0$ , где  $B_0$  обозначена яркость фона,  $B_s$  – яркость объекта, при условии  $B_s > B_0$ . Постобработка изображений проводилась с помощью программного обеспечения Image Analyzer (Meesoft) с последовательной модификацией гистограммы яркости («zero point») и комбинации исходного и модифицированного изображений основными математическими и логическими операторами (Add, Subtract, Multiply, And, Or, Xor или пользовательской функцией).

Среди выбранных функций постобработки предпочтение отдавалось вариантам, при которых амплитуда полезного сигнала сохранялась на исходном уровне или увеличивалась, а снижение уровня яркости фона и амплитуды шума позволило бы повысить контрастность объекта ( $C$ ) не менее чем в 1,5 раза. Для количественной оценки показателей использовались линейный и двухмерный профили яркости выбранной зоны интереса.

**Результаты.** Из используемых вариантов постобработки изображений предъявляемым условиям соответствовали две функции  $p = F(p_1, p_2)$ :  $F(p_1, p_2) = (p_1 \text{ AND } p_2)$ ,  $F(p_1, p_2) = (p_1 + p_2) / 2$ . При использовании функций яркость полезного сигнала изменялась менее чем на 1%, максимальная и средняя яркость фона снизилась в 1,7-2,2 раза (на 42,5 и 54,7% соответственно). Амплитуда шума уменьшилась в 1,3-2,5 раза (в среднем на 21,3%). Измененные характеристики изображения позволили увеличить контрастность объекта в 1,8-2,5 раза (с 0,71 до 1,27-1,73). Представленные методы последовательной фильтрации изображения позволяют достичь удовлетворительных результатов визуализации при контрастности шума  $\leq 0,27$ .

**Выводы:** на основании проведенного анализа по использованию постобработки

цифровых изображений можно сделать выводы: анализируемые варианты постобработки повышают качество диагностических изображений и исключают взаимные помехи, последовательная обработка диагностического изображения комбинацией математических фильтров предпочтительней для увеличения контрастности, предпочтительными функциями для удовлетворительного повышения контрастности и снижения уровня шума являются  $F(p_1, p_2) = (p_1 \text{ AND } p_2)$  и  $F(p_1, p_2) = (p_1 + p_2) / 2$ , представленные варианты постобработки диагностических изображений могут использоваться на любых рабочих станциях и серверах компьютерной медицинской сети при наличии программного обеспечения для редактирования изображений с возможностью модификации слоев (Multiple layer control).

## **СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛТУБДИСПАНСЕРА ЗА ПЕРИОД 2001-2006 гг.**

**Толканица Е.В., Семашко Е.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра фтизиатрии*

*Научный руководитель – к.м.н., Шевчук Д.В.*

В последние годы в Гродненской области сложилась неблагоприятная обстановка по смертности от туберкулеза. В 2005 году показатель превысил 17 на 100 тыс. населения, что более чем в 2 раза выше общереспубликанского. В 2006 году отмечена тенденция к снижению этого показателя, однако ситуация продолжает оставаться сложной. Нами разработаны 404 истории умерших пациентов в стационаре Гродненского областного противотуберкулезного диспансера за период 2001-2006гг.

Анализ данных показывает рост абсолютного числа умерших в стационаре с 41 человека в 2001 году до 77 в 2006 году. Смертность от туберкулеза аналогично нарастает по годам, однако колеблется в пределах 67-75% от всех умерших. Максимум число умерших от туберкулеза достигло в 2005, что коррелирует с ростом смертности в регионе в целом (17,6 на 100 тыс.). Обращает на себя внимание увеличение числа расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в период с 2003 по 2005 годы. Максимум этот показатель достиг в 2003 году (16,9%), что, возможно, связано с минимальными сроками нахождения в стационаре ( $31,5 \pm 5,95$  дней). Однако, в последние годы отмечена тенденция к росту средних сроков пребывания в стационаре до наступления смерти.

В связи с тем, что доля больных, умерших в противотуберкулезном стационаре достаточно велика (до 32,9%), нам показалось интересным выявить структуру причин смерти этих пациентов. Мы разделили их на 4 группы по частоте встречаемости: онкопатология, кардиопатология, неспецифические болезни легких и др. патология (почечная, печеночная недостаточности, острая патология ЖКТ). Эти данные представлены в таблице.

### **Структура нетуберкулезной патологии, приведшей к смерти больного**

|      | <i>Онко</i> | <i>кардио</i> | <i>НЗОД</i> | <i>пат. внутренних органов</i> |
|------|-------------|---------------|-------------|--------------------------------|
| 2001 | 54,5%       | 18,2%         | 27,3%       | -                              |
| 2002 | -           | 21,4%         | 28,6%       | 21,4%                          |
| 2003 | 36,8%       | 21%           | 26,3%       | 15,7%                          |
| 2004 | 20,8%       | 20,8%         | 20,8%       | 12,5%                          |
| 2005 | 30,4%       | 30,4%         | 8,7%        | 26,1%                          |
| 2006 | 26,3%       | 26,3%         | 10,5%       | 15,8%                          |

Примечание: в таблице не учтены единичные случаи смерти от редкой патологии.

В структуре смертей от нетуберкулезной патологии наибольшую роль по прежнему играют онкологические заболевания, хотя их доля постепенно снижается с половины случаев в 2001 году, до четверти в 2006. В структуре общей смертности в стационаре доля этой патологии снизилась с 14,6% до 6,5% ( $p < 0,05$ ). Отмечена явная тенденция роста значимости сердечной патологии. Ее доля выросла за тот же период с 18,2% до 26,3% ( $p < 0,05$ ). Количество смертей от неспецифической патологии резко снизилось, скорее всего в связи с перепрофилированием коечного фонда ГОПТД и сокращением общего числа таких пациентов. Доля этих процессов в структуре общей смертности в стационаре снизилась с 7,3% до 2,6% ( $p < 0,05$ ). Заслуживает внимания высокий процент смерти от патологии внутренних органов, прежде всего хр. почечной и печеночной недостаточности. В 2005 году он достиг 26,1%, что составило 6,5% среди общей смертности по стационару. Такие высокие цифры, безусловно, требуют более тщательного анализа факторов риска, объема и длительности терапии, побочных эффектов препаратов.

## **ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

*Толкина В.Ю., Ганцовская С.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

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

Инфекционные заболевания являются ведущей причиной госпитализации новорожденных. По данным Всемирной организации здравоохранения, в структуре причин неонатальной смертности тяжёлые инфекции составляют более 36% [1].

Под наблюдением находилось 38 новорождённых с внутриутробной инфекцией (ВУИ), в том числе 17 доношенных младенцев с массой тела при рождении  $3452,0 \pm 156,1$  (2760,0-4150,0), гестационный возраст 38-40 недель и 21 недоношенный ребёнок с массой тела  $1680,0 \pm 126,5$  (820,0-2040,0), гестационный возраст 25-35 недель. Все новорождённые родились у женщин с отягощённым соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом. Хронические соматические заболевания были выявлены у 35 (92%) женщин, заболевания репродуктивных органов – у 5 (13%), у 23 (60,5%) – инфекционно-воспалительные заболевания. У всех женщин наблюдалось неблагоприятное течение беременности в виде угрозы прерывания – у 15 (39,5%), гестоза – у 8 (21%), фетоплацентарной недостаточности – у 18 (47,4%). Осложнения в родах в виде длительного безводного периода, нарушений продолжительности родов имели место у 8 (21%) женщин. Большая часть детей (60,5%) родились естественным путём. Родоразрешение путём кесарева сечения было проведено в 39,5% случаев. Неблагоприятные факторы, наблюдавшиеся в анте- и интранатальном периодах, обусловили рождение большинства детей (78,9%) в тяжёлом состоянии. В асфиксии с оценкой по шкале Апгар 1-6 баллов родились 13 (34,2%) детей. Все младенцы находились на стационарном лечении по поводу ВУИ, пневмонии. У 34 (89,5%) новорождённых ВУИ протекала на фоне перинатального поражения ЦНС, у 6 (15,8%) из них с внутрижелудочковыми кровоизлияниями II-III ст, у 3 – на фоне ВПС, у 15 – респираторного дистресс-синдрома, у 13 – аспирации меконияльных околоплодных вод. Всем больным проведено микробиологическое обследование трахеобронхиальных аспиратов, крови, мазков с задней стенки глотки, носа, эндотрахеальной трубки. Посевы сделаны на фоне уже начатой терапии до перевода ребёнка в стационар. Для верификации диагноза ВУИ младенцы обследованы на токсоплазмоз, цитомегаловирусную (ЦМВ), герпетическую инфекции методом ИФА и ПЦР.

Получены все отрицательные результаты ПЦР кроме одного ребёнка, у которого выявлен herpes I-II типов. В то же время ИФА на токсоплазмоз (Ig G) - в 24 (63,2%) случаях положительная, на ЦМВ (Ig G) - в 7 (18,4%), на герпетическую инфекцию (Ig G) - у 14 (37%) новорождённых. Из госпитальных микроорганизмов у 16 (42%) выделена *Pseudomonas aeruginosa*. В 76,3% случаев выделены грам (+) кокки (*Streptococcus pneumoniae*, *saprophitis*). Стафилококки (*S. capitis*, *epidermidis*, *maltophilia*, *hemolyticus*), были обнаружены у 15 (39,4%) новорождённых, из них почти у половины больных - *S. epidermidis*. Ассоциация двух микроорганизмов имела место в 26,3% случаев. Это были сочетания клебсиеллёзной инфекции с грибковой, грамм (+) с грамм (-), стрептококка со стафилококком, стафилококка с синегнойной палочкой. Одинаково часто (10,5%) были обнаружены грибы типа *Candida* и *Klebsiella pneumoniae*.

Таким образом, использование ИФА в диагностике ВУИ у новорождённых является малоинформативным. После начала эмпирического антибактериального лечения инфекций у новорождённых необходим переход на целенаправленную терапию против конкретного возбудителя с учётом результатов микробиологического обследования, проведенного у конкретного больного.

Литература:

1. Цхай В.Б. и др. Особенности перинатального периода при внутриутробном инфицировании. Педиатрия 2002, №6, С. 14-17.

## **ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНОЙ ИГРЕ КАК ПРИМЕР НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

***Трещейко В.В., Курбат М.Н.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра биологической химии*

Зависимость от игры в последние годы стала одной из серьезных социальных и медицинских проблем во всем мире. Патологическая страсть к игре отмечается во всех возрастных группах, причем, более подвержена мужская часть населения. Патологическое влечение к азартным играм современные исследователи относят к нехимической зависимости. Объектом зависимости является не психоактивное вещество, а поведенческий паттерн. Проблема патологической зависимости от игры рассматривается в связи с основными причинами: возникновение социальных и финансовых проблем у патологических игроков; распространенность противоправных действий; высокий суицидальный риск.

Существует множество классификаций критериев диагностики нехимической зависимости от игры, принадлежащих разным авторам. Большинство авторов в своих классификациях сходятся на следующих пунктах: частое участие и увеличение времени проводимого за игрой; изменение круга интересов и постоянная концентрация мыслей на игре; невозможность контролировать интенсивное влечение к игре как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей; состояние психологического дискомфорта, раздражения, беспокойства, приступов агрессии через довольно короткий промежуток времени после участия в игре.

Среди факторов риска развития нехимической зависимости от игры можно выделить несколько групп, в которых сходятся мнения многих ученых: социальные факторы (участие в играх родственников, друзей, вещизм, переоценка значения материальных ценностей, зависть к более богатым знакомым, уверенность, что с помощью денег можно решить все проблемы); обсессивно-компульсивные расстройства (представленные как импульсивные нарушения личности в виде патологического стремления к азартным играм); личностные и характерологические свойства личности;



изучается также роль наследственных факторов.

В разносторонней симптоматике нехимической зависимости к азартным играм выделяют фазы в поведении пациентов, составляющие игровой цикл: фаза воздержания (характеризуется воздержанием от игры по различным причинам); фаза «автоматических» фантазий (учащение фантазий об игре, возникающих спонтанно или под влиянием косвенных стимулов) фаза нарастания эмоционального напряжения (в данную фазу в зависимости от индивидуальных особенностей гемблера наблюдается тоскливое, подавленное настроение, либо отмечается раздражительность и тревога); фаза принятия решения играть (особенностью является наличие двух путей возникновения данного решения); фаза вытеснения принятого желания (у больного уменьшается интенсивность осознаваемого желания играть и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением); фаза реализации принятого решения (проявляется в выраженном эмоциональном возбуждении и фантазиях о предстоящей игре). У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока есть деньги, далее цикл повторяется.

Литература:

1. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. СПб: Нева 2003; 125с..
2. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск: Наука 1990.

## **БОЛЬНЫЕ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Туркель Ж.П., Давыдчик Э.В., Трофимов А.М.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель - к.м.н., доц., Васильев А.В.*

**Актуальность.** В подавляющем большинстве случаев литературные данные указывают на негативное воздействие алкоголя на течение как терапевтической, так и инфекционной патологии.

**Целью** исследования стало изучение частоты встречаемости больных с синдромом зависимости от алкоголя (далее СЗА) среди пациентов отделения реанимации и интенсивной терапии (далее ОРИТ) инфекционной больницы, а также характер патологии, с которой сочеталась алкогольная болезнь.

**Материал и методы.** Материалом исследования стали 2100 историй болезни больных, пациентов ОРИТ Гродненской областной инфекционной клинической больницы (далее ГОИКБ) с 1997 по 2006 год. Число больных с синдромом зависимости от алкоголя составило  $4,3 \pm 0,44\%$  (91 больной). Во всех случаях алкогольная зависимость у больных констатировалась специалистами-наркологами. Данные историй подвергнуты описательному и ранговому коррелятивному (коэффициент корреляции Gamma) анализу.

**Результаты.** Установлено, что частота поступления больных с СЗА, поступавших в ОРИТ ГОИКБ, имела тенденцию к нарастанию с  $6,6 \pm 2,6\%$  в 1997 году до  $19,9 \pm 4,2\%$  в 2005 году. Эти данные подтверждаются и корреляционным анализом (корреляция с 1997 годом имела обратный характер, а с 2005 годом  $+0,28$ ;  $p < 0,01$ ). В 2006 году отмечено относительное снижение числа данной категории больных –  $12,1 \pm 3,4\%$  (за счет увеличения общего числа больных в связи с увеличением числа штатных коек в ОРИТ). В общей массе больных СЗА преобладали мужчины –

80,2±4,0%. (корреляционная связь +0,56;  $p<0,001$ ). Среди всех больных с СЗА преобладали лица в возрасте от 18 до 40 лет (48,4±5,3%). Корреляционная связь составила +0,7;  $p<0,001$ . Второй по численности возрастной группой были лица в возрасте от 41 до 60 лет (35,2±5,0%; корреляция +0,44;  $p<0,001$ ). Десятую часть больных (9,9±3,2%) составили лица старше 60 лет, а 6,6±2,4% составили лица до 18 лет. Чаще больные этой категории поступали в ОРИТ в четверг (корреляция +0,23;  $p<0,05$ ) и относительно редко в воскресенье (корреляция – 0,37;  $p<0,05$ ). При определении связи с помесечным поступлением данной группы больных обнаружена прямая связь с январем (корреляция +0,24;  $p<0,05$ ) и обратная связь с июлем (-0,39;  $p<0,05$ ). Каждый четвертый больной с АЗ (26,4±4,0%) поступал в инфекционный стационар не по профилю, в то время как у больных без СЗА данный показатель составил 7,8±0,5%;  $p<0,01$ . Наличие у больных при обращении за помощью жалоб на желтуху и боли в печени, вероятнее всего, становилось причиной постановки ошибочного диагноза «вирусный гепатит. Корреляция с направительным диагнозом острого вирусного гепатита +0,66  $p<0,001$  (с циррозом печени корреляция +0,38;  $p<0,001$ ). Диспепсические расстройства и субфебрилитет у больных с СЗА нередко становились причиной ошибочной диагностики у них острых кишечных инфекций, в то время как окончательным диагнозом становилось отравление алкоголем и его суррогатами (корреляция +0,95;  $p<0,0001$ ). Корреляционная связь больных с СЗА с показателем летальности в ОРИТ составила +0,28;  $p<0,05$ .

#### **Выводы:**

1. Нарастание частоты поступления больных с СЗА в инфекционный стационар может объясняться либо увеличением количества этих лиц в общей популяции, либо снижением качества диагностики алкогольных отравлений и токсического (алкогольного) гепатита на догоспитальном этапе.
2. Алкогольная зависимость неблагоприятно влияет на исход инфекционной патологии.

## **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ**

*Туркель Ж.П., Давыдчик Э.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

*Научный руководитель - к.м.н., доц., Васильев А.В.*

**Актуальность.** Наличие фоновой патологии может определять тяжесть, а, нередко, и исход основной патологии. Если у взрослых синдром взаимного отягощения заболеваний обуславливается, чаще всего, хронической приобретенной патологией, то у детей, чаще всего, роль отягчающего фактора играют врожденные заболевания.

**Целью** исследования стало изучение отдельных клинико-эпидемиологических характеристик группы лиц с различными видами врожденной патологии, лечившихся в ОРИТ Гродненской областной клинической инфекционной больницы. В данной работе не ставилась задача оценить влияние различных видов пороков развития на течение инфекционной патологии.

**Материал и методы.** Материалом исследования стали данные 2365 историй болезни больных, лечившихся в отделении интенсивной терапии (ОРИТ) Гродненской областной инфекционной клинической больницы с 1997 по 2007 год. Среди всех больных число лиц с врожденной патологией (грубые дефекты развития ЦНС, синдром Дауна в сочетании с пороками сердца, сочетанные и комбинированные пороки сердца)

составило  $4,7 \pm 0,47\%$  (в абсолютном исчислении – 98 больных). Данные истории подвергнуты коррелятивному анализу. При этом использовались показатели ранговой корреляции (Gamma). Проведено также сравнительно-статистическое исследование.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что большая часть больных с врожденной патологией представлена детьми первого года жизни –  $62,2 \pm 4,9\%$ . Дети более старшего возраста в этой категории больных составили  $34,7 \pm 4,8\%$ , а лица молодого (до 40 лет) возраста  $3,1 \pm 1,7\%$ . Среди лиц старших возрастных категорий больных с врожденными пороками развития не отмечено. Наиболее частыми причинами госпитализации в инфекционный стационар больных с сопутствующей врожденной патологией стали выраженные диспепсические расстройства в  $49,0 \pm 5,1\%$  случаев (корреляционная связь  $+0,27$ ;  $p < 0,01$ ); пневмонии – в  $34,7 \pm 4,8\%$  (корреляционная связь  $+0,6$ ;  $p < 0,0001$ ); неврологическая симптоматика –  $14,3 \pm 3,6\%$ , в том числе судорожный синдром –  $9,3 \pm 2,9\%$  (корреляционная связь  $+0,6$ ;  $p < 0,0001$ ); сальмонеллез –  $6,1 \pm 2,4\%$  (корреляционная связь  $+0,4$ ;  $p < 0,01$ ); контакт с инфекционными больными  $5,1 \pm 2,2\%$  случаев ( $+0,74$ ;  $p < 0,0001$ ). Различия в частоте поступления больных с непрофильной патологией в группах больных с пороками развития и без таковых были недостоверными. Поступление больных с врожденными пороками развития в течение года было неравномерным. Так, чаще эти больные поступали в феврале и марте (корреляционная связь  $+0,35$ ;  $p < 0,01$ ), реже – в июне и июле (корреляционная связь  $-0,45$ ;  $p < 0,01$  и  $-0,37$ ;  $p < 0,05$ , соответственно). Длительность пребывания в ОРИТ больных с грубой врожденной патологией не отличалась достоверно от длительности пребывания остальных больных, однако выявлена слабая корреляционная связь группы больных с врожденной патологией и длительностью пребывания в ОРИТ ( $+0,18$ ;  $p < 0,01$ ).

**Выводы.** Полученные данные позволяют установить, что больные с врожденной патологией чаще поступают в инфекционную больницу из других стационаров по причине выявления у них синдрома диареи, причиной которой может являться как дисбактериоз (следствие продолжительной антибиотикотерапии), так и внутрибольничное заражение острыми кишечными инфекциями (в т.ч. сальмонеллезом). Другими причинами перевода были параинфекционные показания: судорожный синдром, токсикоз на фоне пневмонии (возможно, внутрибольничной) и контакт с больными инфекционной патологией.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ВОЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ В МИРНОЕ ВРЕМЯ**

*Турченко М.А., Флеров А.О.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель – доц. Маслакова Н.Д.*

Сочетанная травма отличается особой тяжестью клинических проявлений, сопровождающихся значительным расстройством жизненно важных функций организма, трудностью диагностики, сложностью лечения, высоким процентом инвалидности, высокой летальностью. Эти повреждения значительно чаще сопровождаются травматическим шоком, кровопотерей, угрожающими расстройствами кровообращения и дыхания. О тяжести сочетанной травмы свидетельствуют показатели летальности. При изолированных переломах она составляет  $2\%$ , при множественных –  $16\%$ , при сочетанных повреждениях –  $50\%$  и более.

При сочетанной травме каждое из повреждений усугубляет тяжесть общей патологической ситуации и наряду с этим каждое конкретное повреждение протекает

тяжелее, с большим риском инфекционных осложнений, чем при изолированной травме. Поэтому огромную роль в синдроме взаимного отягощения играют повреждения органов брюшной полости, забрюшинного пространства и опорно-двигательного аппарата.

Настоящее исследование проведено по результатам лечения больных с сочетанной травмой в течение 5 лет на базе работы Военного Медицинского Центра г. Гродно. С 2001 по 2006 годы лечилось 7 больных мужского пола с сочетанной травмой в возрасте от 20 до 43 лет. Средний возраст всех больных составил 27,9 года. По нашим данным, механизмом сочетанной травмы являлись: ножевое ранение (1 случай), колотое ранение (1 случай), огнестрельное ранение (2 случая), минновзрывное ранение (1 случай), тупая травма (2 случая). Структура сочетанной травмы следующая: 3 случая – сочетание ранения легкого, перелома ребер и перелома конечности (в одном из случаев 5 повторных операций на коленном суставе); 1 случай – сочетание ранения подвздошной кишки и ее брыжейки, слепой кишки (дополнительно произведена типичная аппендэктомия); 1 случай – сочетание дефекта диафрагмы (размер 18 см на 12 см), травмы легкого, селезенки, желудка по большой кривизне, сальника и перелома ребер; 1 случай – сочетание ранения печени, желудка по малой кривизне и перелома ребер; 1 случай – сочетание разрыва левой почки, травмы селезенки, желудка по большой кривизне, толстого кишечника и его брыжейки и перелома ребер. Летальность составила 28,6% (2 человека). Это больные с огнестрельными ранениями.

Проанализировав все случаи сочетанных травм, по нашему мнению, ошибкой является проведение торакотомии путем расширения имеющейся раны груди, через которую невозможно выполнить полноценную ревизию плевральной полости и операцию. Независимо от локализации раны, следует делать типичные разрезы, а затем уже, при необходимости, - первичную обработку. Торакотомический разрез нужно выполнять с учетом клинических и рентгенологических данных и направления раневого канала, по возможности сопоставляя локализацию входного и выходного раневых отверстий. Во время ревизии плевральной полости всегда следует педантично осмотреть поврежденные органы и устранить выявленные дефекты. При этом необходимо внимательно проверить все подозрительные на наличие гематомы участки. Оставленные неушитыми даже незначительные раны сосудов могут явиться причинами развития вторичных кровотечений. Поэтому мы рекомендуем всегда производить диагностическую, а при необходимости, лечебную пункцию и дренирование плевральной полости при ранениях грудной клетки (в 1 случае при тупой травме грудной клетки через 4 дня после операции было произведено дренирование правой плевральной полости по причине среднего гемоторакса).

Литература:

1. Шапошников Ю.Г. и соавторы. Повреждения живота. М: Медицина 1986.
2. Сборник лекций, посвященный 10 – летию ВМФ в БГМУ. Минск, 2005.

## **ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

***Уколова А.М., Калейчик Ю.И., Кажина М.В., Биркос В.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

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

**Актуальность.** Невынашивание беременности (НБ) – это самопроизвольное ее прерывание до 38-й (полных 37) недели. НБ является одной из важнейших медико-социальных проблем современности.



**Цель:** изучение частоты и причин невынашивания беременности у больных отделения гинекологии УЗ «ГКБСМП» г. Гродно, находящихся на стационарном лечении по поводу неразвивающейся беременности.

**Материал и методы:** анкетирование с учетом факторов риска, профессиональных вредностей.

**Результаты и обсуждение.** Количество опрошенных женщин составило 31, в возрасте от 17 до 45 лет, срок беременности которых на момент ее прерывания составил до 12-ти недель. Распределение женщин по возрасту: до 21 года – 5 женщин (17%), от 20 до 25 лет – 7 женщин (24%), от 25 до 30 – 10 женщин (35%), от 30 до 35 лет – 5 женщин (17%), старше 35 лет – 2 женщины (7%). Городских жительниц среди них было 29, а сельских – только 2. По семейному статусу: замужние женщины – 22, незамужние – 9. Желанной беременностью она являлась у 30 опрошенных, планируемой – у 22, нежеланной – у 2, непланируемой – у 9. Важным аспектом невынашивания считается паритет родов. У 12 опрошенных настоящая беременность была 1-й, еще у 12 – 2-й, у 2 опрошенных – 3-й, еще у 2-4-й, и по 1-й женщине, у которой беременность была 6-й, 7-й по счету. Исходами предыдущих беременностей у опрошенных были: у 18-ти – роды, у 4-х – аборт, у 11-ти – неразвивающаяся беременность, у 8 – самопроизвольный выкидыш и еще у 8 – РМЦ. Известно, что заболевания, возникшие в первом триместре беременности, наиболее часто приводят к ее невынашиванию. ОРВИ в этот период перенесли 23% опрошенных, ОРЗ – 23%, грипп – 12%, герпес – 18%, ринит – 6%, ангина – 18%. Кроме того, исследовалось влияние сопутствующей патологии. Из хронических заболеваний – тонзиллит у 2 женщин, пиелонефрит у 1-й и гайморит у 1-й женщины. Гинекологические заболевания - эрозия шейки матки – 13, аднексит – 2, мастопатия – 1, фибромиома матки - 1, дисплазия – 1. Распределение ИППП и TORCH – хламидиоз выявлен у 3, микоплазмоз выявлен у 3, уреоплазмоз – у 2, вирус простого герпеса у 2, гонорея – 1, кандидоз выявлен у 2, цитомегаловирус – у 1-й. Помимо влияния различных заболеваний на течение беременности, мы решили исследовать такой фактор риска, как курение. До беременности курило 12 женщин, а во время беременности – 2.

**Выводы:**

1. Отсутствует прямая корреляционная зависимость между НБ и профессиональными вредностями, вредными привычками, возрастом, социально – географическим фактором, сопутствующей патологией и характером питания.

2. Имеется прямая корреляционная зависимость между перенесенными в первом триместре беременности ОРВИ и ОРЗ, отсутствием прегравидарной подготовки, паритетом родов – и невынашиванием беременности.

## **ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ**

**Уколова А.М., Калейчик Ю.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

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

К сожалению, не все беременности заканчиваются рождением ребенка. Многие женщины обращаются за помощью в женские консультации с целью прерывания беременности, прерывание которой в течение первых 22 недель называется абортом. Причины, по которым женщины решаются на этот шаг, разные. Какие же из них встречаются чаще всего, мы и попытались выяснить. В связи с этим изучению были подвергнуты все случаи госпитализации женщин по поводу прерывания беременности

в гинекологическое отделение ГKB №4 г.Гродно на протяжении года. Для исследования использовались выкопированные карты выбывших из стационара, обработанные статистическим методом.

Исследованию подвергнуто 330 карт женщин фертильного возраста, из них большинство проживали в городе (83,3%), остальные (16,7%) – в сельской местности. Прослеживается сезонность поступления в стационар. Больше всего случаев отмечается в августе (22,1%), сентябре (19,4%), июле (14,8%) и январе (9,1%). Практически все женщины (99,3%) были направлены акушер-гинекологами женских консультаций и поликлиник, также было выявлено 2 случая самостоятельного обращения. Из них по экстренным показаниям в стационар была направлена каждая четвертая беременная (25,9%). В возрасте от 15 до 24 лет было 31,2% женщин, от 25 до 34 лет - 46,1% женщин, от 35 до 44 лет – 19,1% женщин и свыше 45 лет – 3,6% женщин. Все исследуемые имели беременность до 12 недель. Беременность малого срока составила у 2,5% пациенток, 3-4 недели – у 3,9%, 5-6 недель – 30,3%, 7-8 недель – 11,8%, 9-10 недель – 30,6%, 11-12 недель – 20,9%.

Прерывание беременности по собственному желанию было выполнено в 72,1% случаев, по медицинским показаниям (внутриутробные пороки развития плода) – в 2,5%, по социальным показаниям - 0,4%. Остальным исследуемым женщинам (25,0%) было выполнено выскабливание слизистой матки по медицинским показаниям, таким как аборт в ходу, неразвивающаяся беременность, самопроизвольный выкидыш, отягощенный акушерский анамнез. Количество койко-дней, проведенных в стационаре после прерывания беременности, было следующим: от 1 до 3 – 242 женщины (73,3%), от 4 до 6 – 47 (14,2%), от 7 до 9 – 20 (6,1%), от 10 до 14 – 16 (4,8%), от 15 до 20 – 5 (1,6%). Исходом «лечения» у всех женщин отмечено выздоровление.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что прерывание беременности по собственному желанию более распространено среди женщин в возрасте до 30 лет, а для женщин старше 30 лет причиной прерывания чаще всего являются различные медицинские показания.

## **ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ I-PSS У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИНАСТОМ**

**Филиппович И.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

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

**Целью исследования** явилось определение эффективности терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) ингибитором 5-альфа-редуктазы (5-АР) финастом в зависимости от тяжести клинических проявлений, объема предстательной железы и времени лечения.

Для исследования обследовано 46 мужчин в возрасте от 56 до 72 лет с симптомами нижних мочевых путей, причиной которых явилась ДГПЖ. Диагноз и стадия заболевания установлены методами диагностики, предусмотренными национальными стандартами РБ. У всех больных не было показаний к хирургическому лечению. Все больные получали финаст (5 мг таблетки Д-р. Редди`с Лабораторис Лтд) 1 раз в сутки в течение месяца, а 17 из них – в течение 3 месяцев. У всех больных проведена оценка тяжести симптомов заболевания по международной системе I-PSS до начала лечения и через месяц лечения, а в группе, получавшей финаст на протяжении трех месяцев – ежемесячно в течение трех месяцев. У всех больных выполнено

измерение объема предстательной железы трансабдоминальным ультразвуковым сканированием до и после лечения. В исследуемой группе тяжесть симптомов была оценена как легкая (1-7 баллов) у 11, средняя (8-19 баллов) – у 27, тяжелая (20-35 баллов) – у 8 пациентов. Объем предстательной железы более 50 см<sup>3</sup> был у 35 пациентов, среди 11 с легкими симптомами – у 7, среди 27 со средними – у 22, среди 8 с тяжелыми – у 6. Качество своей жизни 32 пациента определили как состояние со смешанным чувством (3 балла), 12 – как неудовлетворительное (4 балла), 2 – как плохое (5 баллов).

После месячного курса лечения в исследуемой группе тяжесть симптомов была оценена как легкая (1-7 баллов) у 24, средняя (8-19 баллов) – у 20, тяжелая (20-35 баллов) – у 2 пациентов. Достоверного уменьшения объема предстательной железы у пациентов не было зафиксировано. Качество своей жизни 4 пациента определили как очень хорошее (0 баллов), хорошее – 5 (1 балл), 29 пациентов определили как состояние со смешанным чувством (3 балла), 7 как неудовлетворительное (4 балла), 1 – как плохое (5 баллов). Таким образом, после месяца лечения в группе в целом отмечено увеличение количества пациентов с легкой симптоматикой и уменьшение количества больных с тяжелой степенью симптомов. Большинство больных, отметивших уменьшение тяжести симптомов в результате лечения, имели объем предстательной железы более 50 см<sup>3</sup>.

17 пациентов, лечившихся в течение 3 месяцев, к концу первого месяца отметили улучшение состояния (8-19 баллов), однако к качеству своей жизни они отнеслись со смешанным чувством (3 балла), что и побудило их продолжить терапию. Все эти больные имели объем предстательной железы более 50 см<sup>3</sup>. После трех месяцев терапии у 11 из 17 тяжесть симптомов снизилась до легкой (0-7 баллов), 14 из 17 оценили качество жизни как хорошее (1 балл).

Таким образом, динамика показателей I-PSS подтверждает эффективность применения финаста (5 мг таблетки Д-р. Редди's Лабораторис Лтд) у больных ДГПЖ. Эффект более выражен у больных с большим объемом предстательной железы и наблюдается уже после первого месяца применения препарата.

## **ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ АНТЕГРАДНОЙ МОШОНОЧНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ**

**Филиппович И.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

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

**Целью исследования** было проанализировать отдаленные результаты лечения больных с варикозным расширением вен семенного канатика методом антеградной мошоночной склеротерапии, сравнить эти результаты с результатами лечения данного заболевания традиционными методами, определить показания к использованию данного метода в клинической практике. Также ставилась задача оценить экономический эффект от внедрения данного метода в клиническую практику.

Для достижения поставленной цели мы сравнили клиническую эффективность двух операций, применяемых при лечении варикоцеле – традиционно выполняемой операции Иванисевича и антеградной мошоночной склеротерапии варикоцеле. Проанализированы результаты лечения 70 больных, которым была выполнена операция Иванисевича и 70 больных, которым была выполнена антеградная мошоночная склеротерапия варикоцеле. Больные обеих групп были обследованы в соответствии с существующими стандартами, включающими выполнение анализа

крови и мочи, биохимического анализа крови, коагулограммы, ЭКГ, УЗИ органов мочеполовой системы. Стадия заболевания определялась по классификации Н.А. Лопаткина:

*Степень 1.* Варикоцеле определяется только в положении стоя при натуживании больного.

*Степень 2.* При этой степени вены яичка расширены и извитые. Яичко не изменено.

*Степень 3.* При этой степени яичко дряблое и уменьшено в размере.

Больные с изменениями в анализе мочи и патологией почек, определяемой при ультразвуковом исследовании в вышеуказанные группы не вошли, так как это могло быть одним из проявлений венной почечной гипертензии. Время наблюдения больных после операции составило 6 месяцев, что достаточно для того, чтобы говорить о количестве осложнений и рецидивов в обеих группах. Изучено количество рецидивов в обеих группах, наличие послеоперационных осложнений, среднее время выполнения операции, время пребывания больного на больничной койке, время послеоперационной реабилитации и восстановления трудоспособности.

Анализ полученных данных показал, что снижение послеоперационного койко-дня при выполнении склеротерапии в среднем составляет 3.8 суток, время операции снижается в среднем на 10 минут, количество рецидивов составило 1.4.% по сравнению с 5.7% при операции Иванисевича. Осложнений при склеротерапии не было, в то время как у 3 (4.3%) больных после операции Иванисевича диагностировано наличие водянки яичка. Это позволило сформулировать следующие выводы, касающиеся эффективности данного метода лечения:

1. Антеградная мошоночная склеротерапия – простой в выполнении и малотравматичный метод ликвидации варикоцеле.

2. Антеградная мошоночная склеротерапия легче переносится больными по сравнению с традиционно выполняемой операцией Иванисевича.

3. Количество рецидивов и осложнений при выполнении антеградной мошоночной склеротерапии варикоцеле меньше, чем при ликвидации последнего по Иванисевичу.

4. Метод может применяться у всех пациентов с варикозным расширением вен семенного канатика за исключением случаев, обусловленных венной почечной гипертензией органического происхождения.

## **ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ**

***Фомин А.А., Жотковская Т.С.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

На сегодняшний день в мировой практике методом выбора лечения желчекаменной болезни признана лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Однако критерии к показаниям и противопоказаниям к ЛХЭ при остром холецистите до настоящего времени четко не определены. ЛХЭ может быть сопряжена с опасностью возникновения различных осложнений как интра-, так и послеоперационных. Знание потенциальных сложностей и связанных с ними возможных осложнений позволяет предупреждать возникновение целого ряда осложнений.

В военно-медицинском центре г. Гродно ЛХЭ начали выполняться с 31.08.



2005 г. на аппарате «Элипс» производства Казань. К 2007 г. была выполнена 61 операция, с диагнозом острый холецистит - 5 больных. Возраст больных от 23 до 82 лет. Продолжительность операции от 45 мин. до 2 час. 30 мин. Наибольшая длительность операции связана с выраженным спаечным процессом (3 случая), эмпиемой желчного пузыря, диагностированного во время операции (5), внутрипеченочное расположение желчного пузыря (2). Сопутствующие заболевания: ИБС, артериальная гипертензия, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, хронический обструктивный бронхит, сахарный диабет, бронхиальная астма. Предшествующие операции: срединная лапаротомия по поводу язвенной болезни желудка, рака желудка (резекция желудка) - 2, тупая травма живота с разрывом тонкой кишки - 1. Операционный доступ: умбиликальный - 7, при расширенном пупочном кольце, в остальных - разрезом, окаймляющим пупок снизу. Инсуффляция CO<sub>2</sub> в брюшную полость путем лапароцентеза - 7. Внутривнутрибрюшное давление устанавливалось до 10 мм рт. ст. В трех случаях снижали до 8-7 мм рт. ст. (возраст - 70-82 года). Во время операции: висцеролиз выполнен в 13 случаях, желчеиссечение из ходов Люшка - клипированы -1, трудности визуализации общего желчного и пузырного протока из-за выраженной инфильтрации гепатодуоденальной связки - 5, интраоперационное кровотечение из дополнительно-пузырной артерии - 1. Размеры пузыря от 5 до 16 см, напряженный желчный пузырь, при котором производились пункция и удаление желчи - 7, выпадение конкрементов из желчного пузыря - 4, удалены манипуляторами. Переход на открытую лапаротомию произведен: в 3 случаях - в связи с выраженным спаечным процессом, 5 - эмпиема желчного пузыря, диагностированная после операции, 1 - внутрипеченочное расположение желчного пузыря и перевизикальный спаечный процесс. Симультантные операции: ЛХЭ + герниопластика паховой грыжи - 1, ЛХЭ + пупочная грыжа - 7. Во всех случаях ставился дренаж в подпеченочное пространство, который удаляли на следующий день. Антибиотикотерапия назначалась в 10 случаях: 5 - деструктивный холецистит, 2 - трудности при выделении пузыря, 3 - желчеистечение при выделении пузыря.

Анализируя наш опыт, считаем, что важным моментом оперативной техники при остром обструктивном холецистите является дозированная декомпрессия желчного пузыря. При атипичных анатомических вариантах отхождения пузырной артерии считаем необходимым тщательное выделение ее на протяжении. При возникновении кровотечения захват зажимом, выделение с последующим клипированием. При близком расположении пузырной артерии к ложу желчного пузыря производилось клипирование на протяжении. Зная возможности ятрогенных повреждений желчных протоков, при значительной инфильтрации гепатодуоденальной связки, наличие синдрома Мириizzi, значительных технических трудностях при выделении, необходим переход на открытую холецистэктомию.

Литература:

1. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. «Желчнокаменная болезнь и холецистит». Уфа, 1998.
2. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. «Клиническая хирургия». Минск 1998.

## РЭЗЕКЦЫЯ ПАДСТРАЎНІКАВАЙ ЗАЛОЗЫ ПРЫ ВОСТРЫМ ПАНКРЭАТЫЦЕ Ё РАННІЯ ТЭРМІНЫ ЯК МЕТАД ВЫБАРУ

**Фамін А.А.**

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра хірургічных хваробаў №1*

*Навуковы кіраўнік - к.м.н., дац. Маслакова Н.Д.*

Востры панкреатыт да цяперашняга часу застаецца найбольш сур'ёзным захворваннем органаў брушной поласці. Колькасць пацыентаў з дыягназам “востры панкреатыт” штогод павялічваецца. У 80 % выпадкаў назіраецца адносна спрыяльнае цячэнне захворвання, аднак у астатніх развіваецца панкреанекроз і (альбо) някроз парапанкрэатычнай клятчаткі<sup>1</sup>.

Досвед многіх пакаленняў хірургаў дазволіў аддаць перавагу кансерватыўнаму лячэнню з выкананнем аператыўнага ўмяшальніцтва толькі ў фазе гнойных ускладненняў (III-IV стадыя). Аднак ёсць катэгорыя хворых, часцей маладога ўзросту, з маланкавым “фульмітантным” цячэннем захворвання, у якіх цягам першых дзён ад пачатку хваробы на фоне прагрэсуючага цыркуляторна-таксічнага шоку і развіцця поліарганнага знясілення наступае смерць<sup>2</sup>. Паводле інфармацыі розных аўтараў, лятальнасць пры вострым асэптычным дэструктыўным панкреатыце складае ад 7% да 22%, пры вострым інфікаваным дэструктыўным панкреатыце да 85%, а пры фульмітантным да 100%<sup>3</sup>. У такіх выпадках свачасовая аперацыя з'яўляецца адзіным выйсцем, паколькі неабходна як мага раней ліквідаваць крыніцу эндатаксікоза – падстраўнікавую залозу з актываванымі ферментамі.

З 2001 па 2006 год у Вузлавой клінічнай бальніцы было прааперавана 10 хворых з дыягназам “Востры дэструктыўны панкреатыт”. У 7 выпадках востры панкреатыт быў ускладнены сярозна-гемарагічным перытанітам і ў 3 выпадках някрозам парапанкрэатычнай клятчаткі. Паказаннямі да аперацыі былі: адсутнасць эфекта ад кансерватыўнага лячэння і прагрэсуючая інтаксікацыя паводле шкалы “SABS”. Аператыўным доступам у 3 выпадках быў верхне-сярэдзінны, у 1 выпадку верхне-сярэдзінны, працягнуты ў левае падрабер'е, і ў 6 выпадках выкарыстоўваўся мэтад шырокага двухпадрэбернага папярэчнага доступу, што дазволіла ў поўнай ступені рэвізаваць усе участкі падстраўнікавай залозы. Пры рывізіі быў выяўлены татальны някроз падстраўнікавай залозы, а ў 3 выпадках някроз парапанкрэатычнай клятчаткі. У 7 выпадках назіраўся перытаніт, была выканана санацыя і дрэнаванне брушной поласці (у брушной поласці знаходзілася ад 500 да 2000 мл змесціва). Аб'ём аперацыяў: ва ўсіх выпадках аператыўнага ўмяшальніцтва была выканана рэзекцыя цела і хваста падстраўнікавай залозы. У 1 выпадку была накладзена пятлявая ілеастама, у 2 выпадках выканана халіцэстэктамія (халанагенны панкреатыт), у 9 выпадках была выканана спленэктамія, у 3 выпадках было выканана шырокае дрэнаванне забрушынай клятчаткі справа і злева. Усе аперацыі завяршаліся марсупілізацыяй сальнікавай сумкі з далейшай праграмаванай санацыяй цягам 7-18 сутак. У пасляоперацыйным перыядзе ў пацыентаў назіралася павышэнне глікемічных паказчыкаў, якія карэгіраваліся медыкаментозна, з індывідуальным падыходам да кожнага хворага. У 1 выпадку назіраўся лятальны зыход у пацыента 26-ці год у выніку поліарганнага знясілення. Паводле нашых назіранняў, пацыентам патрабаваліся аперацыі татальнай рэзекцыі падстраўнікавай залозы ўжо ў першы тыдзень ад пачатку захворвання, у той час, як яны былі выкананы ў перыяд ад 5 гадзін да 14 дзён ад пачатку захворвання.

Такім чынам, органазахоўваючыя аперацыі, якія выкарыстоўваюцца пры лячэнні вострага панкреатыту, ствараюць толькі ілюзорны станоўчы вынік, паколькі пасля іх выканання застаюцца невялікія ачагі някроза падстраўнікавай залозы, якія з'яўляюцца

ачагамі таксеміі. Татальная рэзекцыя падстраўнікавай залозы, нягледзячы на рызыку і складанасць тэхнікі выканання, прыводзіць да ліквідацыі таксеміі, звязанай з усмоктваннем у кроў і лімфу актыўных ферментаў і прадуктаў распаду залозы, такім чынам папярэджвае развіццё ўскладненняў, характэрных для панкрэатыту, тым самым скарачае колькасць лятальных выпадкаў.

Літаратура:

1. “Декабрьские чтения по неотложной хирургии”. - т.4. Мінск, 1999 г.
2. “Острый панкреатит”. Толстой А.А., 1997 г. СПб.
3. “Патогенетические подходы к диагностике и лечению ОП”. Хирургия №5, 2007 г.

## КАРЭКЦЫЯ ПОСТВАГАТАМІЧНАГА ГАСТРАСТАЗА

**Фамін А.А., Макарыч В.В.**

*Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, Беларусь*

*Кафедра хірургічных хваробаў №1*

*Навуковы кіраўнік – к.м.н., дац. Маслакова Н.Д.*

Вагатамія ў хірургіі язвеннай хваробы прайшла складаны шлях станаўлення і на сёняшні дзень прызнаецца далёка не ўсімі хірургамі. У апошнія гады аптымальным варыянтам прынята пашыраная селектыўна-праксимальная вагатамія ў спалучэнні з дрэнуючай страўнік аперацыяй. Аднак, паводле дадзеных А.І. Нячая і сааўтараў, вынікі ствалавой і праксимальнай вагатаміі ў многім ідэнтычныя. Атанія страўніка пасля ствалавой вагатаміі ў большай альбо меншай ступені можа развіцца нават пры адэкватным дрэніраванні. Зайцаў В.Т. з сааўтарамі назіралі парушэнні маторна-эвакуаторнай функцыі страўніка пасля вагатаміі ў 23% пацыентаў, у 4,2% - цяжкія формы гастрастаза. Значна часцей атанія страўніка ўзнікае ў хворых, апераваных па паводу стэноза, у якіх ужо да аперацыі меліся парушэнні маторна-эвакуаторнай функцыі страўніка.

У перыяд з 2002 па 2007 год у ваенна-медыцынскім цэнтры г. Гродна было прааперавана 18 хворых з язвеннай хваробай 12-пальцавай кішкі: 11 – па экстраннай хірургіі (8 – перфарацыя, 3 – крывацёк, з іх крывацёк + перфарацыя назіраліся ў 1 пацыента, крывацёк + стэноз – 1, перфарацыя + стэноз – 1), 7 у планавым парадку. Узрост хворых ад 25 да 46 год. У большасці выпадкаў язва выяўлена на прэдняй сценцы 12-пальцавай кішкі (66,7%). Ва ўсіх выпадках зроблена ствалавая вагатамія. З дрэнуючай страўнік аперацыяй паводле Фінэя ў 17 выпадках, у 1 выпадку – паводле Гейнэке-Мікуліча (пацыент 41 год - язвы 12-пальцавай кішкі ўскладненыя крывацёкам і перфарацыяй). Ва ўсіх хворых назіраўся поствагатамічны сіндром у выглядзе гастрастаза рознай ступені цяжкасці. У 1 выпадку пасля ствалавой вагатаміі і піларапластыкі паводле Фінэя на фоне працяглага субкампенсаванага стэноза цягам некалькіх тыдняў захоўваліся з’явы выражанага гастрастаза і анастамазіта. З мэтай прафілактыкі з першых сутак пацыентам аспіравалі страўнікавае змесціва, выкарыстоўвалі бензагексоній і цэрукал, унутрывеннае ўвядзенне поліённых раствораў, соляў калію, хларыдаў, праводзілася пераліванне бялковых гідралізатаў і плазмы. Дадаткова выкарыстоўвалася электрастымуляцыя страўніка. Гэта дазваляла цягам 10-12 дзён аднавіць тонус страўніка, яго перыстальтычную актыўнасць і пазбавіцца эвакуаторных парушэнняў. У 72,2% хворых пры кантрольнай фібрагастраскапіі быў выяўлены ацёк склізістай 12-пальцавай кішкі ў вобласці піларапластыкі, што пагаршала клініку гастрастаза. У гэтых выпадках да базавага лячэння дадавалі аспірацыю страўніка 2–3 разы ў суткі з прамываннем гіпертанічным растворам, пасля чаго уводзілі ў страўнік лекавую змесь наступнага складу:

дыклафенак 1 г, канамицын 0,5 г, ністатын 0,5 г, адрэналін 1 мл, прэднізалон 5 мг, фурацылін 1:5000–400 мл.

Аналізуючы паспяховы досвед выканання аперацый вагатаміі ў ваенна-медыцынскім цэнтры г. Гродна, можна зрабіць выснову аб неабходнасці, з мэтай прафілактыкі гастрастаза, прызначаць вышэйнапісанае базіснае лячэнне з першага дня пасля аперацыйнага перыяда, уключаючы супрацьацечную тэрапію мясцова на вобласць анастомоза.

Літаратура:

1. Мартов Ю.Б. и соавт. Язвенная болезнь глазами хирурга. Витебск, 1995.
2. Чирков Ю.В. Выбор вида ваготомии в плановой хирургии язвенной болезни. Вестн. хирургии. - 1995,4. – С.17-18.
3. Батвинков Н.И., Иоскевич Н.Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни. Гродно, 1995.

## **АВАРИЯ НА ЧАЭС. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

*Хамутовская Г.П., Хамутовская Я.П.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

*Научный руководитель - к.м.н., доц. Ивашин В.М.*

Научно-технический прогресс вооружил человека такой мощью, что явно отставшее от него мышление, определяющее практическую и хозяйственную деятельность человечества, становится опасным с точки зрения все более масштабного вторжения в скоординированные механизмы взаимоотношений биосферы и среды обитания, складывавшиеся на протяжении миллионов лет. И Чернобыль в этом смысле является без преувеличения поворотным пунктом в современной истории человечества. В медицинской науке и психиатрической практике известны навязчивые состояния, среди которых фобии наиболее широко распространены и представляют собой непреодолимое состояние психо-эмоционального напряжения, возникшего независимо и вопреки желанию под влиянием какого-либо фактора, с которым связаны представления об опасности для здоровья, угрозе жизни. Стресс - неотделимый элемент и побудитель приспособительных механизмов. Основным источником тревожной информации о том, что самое страшное впереди, были отдельные медицинские работники, высказывающие свои прогнозы о неизбежном росте раковых заболеваний среди населения. Главным их доводом являлось то, что не будут же зря создавать такой центр, который по незнанию и недомыслию многие отождествляли с онкологическим. Подобные негативные социально – психологические процессы могут быть связаны не только с радиацией, но и с другими стрессовыми факторами. Чернобыльская катастрофа поставила перед человечеством проблемы исключительной сложности, затрагивающие практически все сферы жизни, в том числе производство, многие отрасли науки, культуры, морали и психологии. Реальной и каждодневной заботой окружает государство всех пострадавших. Социальная сфера включает жилищное хозяйство, охрану здоровья, образование и культуру, торговлю и общественное питание, бытовое обслуживание. Самые ощутимые потери в жилищном хозяйстве. Для переселенцев было развернуто строительство новых поселков на чистых территориях.

Медицинские последствия - радиация серьезно повлияла на здоровье людей. Многолетние наблюдения ученых позволяют говорить еще об одном негативном последствии катастрофы – о массовом, устойчивом социально–радиоэкологическом стрессе. У людей возникает и не уменьшается со временем чувство обеспокоенности за



свое здоровье, тревога за будущее. Многолетний стресс приводит к психологическому дискомфорту, ухудшению здоровья, социальной апатии, иждивенческой позиции, что стало реальным фактором, влияющим на темпы реабилитации и развития региона. С целью преодоления этих негативных явлений в стране налажена эффективная работа по информированию населения.

В Беларуси создана система социальной защиты всех категорий пострадавших, осуществляется бесплатное санаторно-курортное лечение и оздоровление, открыты клиники и центры, оснащенные современным медицинским оборудованием.

В 2003 году в г. Гомеле начал работать построенный под патронажем Главы государства Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека. С 1997 года в стране работает Республиканский научно-практический центр детской онкологии и гематологии. Пострадавшим оказывается и психологическая помощь, оказываемая как медицинскими, так и не медицинскими психологами.

Сегодня, годы спустя после чернобыльской аварии, можно утверждать, что жизнь в загрязненных районах стабильно улучшается.

## **ВЛИЯНИЕ КУПФЕРОВСКИХ КЛЕТОК НА СОДЕРЖАНИЕ ДИЕНОВЫХ КОНЬЮГАТОВ В КРОВИ ПРИ ИШЕМИИ- РЕПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ У КРОЛИКОВ**

*Ходосовский М.Н., Гуцин А.М., Нагорный А.В., Ярмущик А.В.  
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра патологической физиологии*

Процессы перекисного окисления липидов (ПОЛ) играют важную роль в развитии реперфузионных повреждений печени. Благодаря своему цепному механизму, они относятся к наиболее деструктивным механизмам окислительного стресса в биологических мембранах. Купферовские клетки играют центральную интегративную роль в развитии повреждений печени, в том числе при ишемии-реперфузии. Звездчатые макрофагоциты могут быть одним из компонентов окислительного стресса в сосудах печени как важный источник активных форм кислорода в начальной фазе реперфузионного повреждения *in vivo* [Serracino-Inglott F. et al., 2001]. Вместе с тем, вырабатываемый клетками Купфера простагландин  $E_2$  оказывает протективное действие на эндотелий синусоидов при ишемии-реперфузии печени [Arai M., et al., 1999]. Таким образом, влияние клеток Купфера на тяжесть реперфузионных повреждений печени остается противоречивой.

**Цель исследования:** изучить влияние купферовских клеток на концентрацию диеновых конъюгатов (ДК) в крови при ишемии-реперфузии печени у кроликов.

Опыты выполнены на 10 взрослых кроликах-самцах, массой 3,5-4,5 кг. Ишемию печени вызывали путем наложения сосудистого зажима на *a. hepatica* и *v. portae* (Pringle maneuver) в течение 30 минут. Реперфузионный период длился 120 минут. Животные были разделены на 3 группы: 1-я группа ( $n=3$ ) – ложнооперированные животные, 2-я группа ( $n=4$ ) – кролики, у которых моделировали ишемию-реперфузию печени, 3-я группа ( $n=3$ ) – животные, которым перед ишемией-реперфузией печени ингибировали активность клеток Купфера с помощью хлорида гадолиния (10 мг/кг, Sigma, США). Содержание ДК в биологическом материале определяли методом ультрафиолетовой спектрофотометрии при длине волны 233 нм, типичной для конъюгированных диеновых структур гидроперекисей липидов.

Установлено, что у кроликов, которым выполняли ишемию-реперфузию печени (2-я группа), наблюдалось значительное увеличение ДК в смешанной венозной крови.

Так, на 30-й мин ишемии уровень ДК в плазме повысился на 108,4% ( $p < 0,05$ ) по отношению к исходному и продолжал расти на протяжении реперфузионного периода, превышая исходное содержание на 30-й и 120-й мин реперфузии на 141,1% ( $p < 0,05$ ) и 235,5% ( $p < 0,05$ ), соответственно. Важно отметить, что у кроликов 2-й группы в реперфузионном периоде уровни ДК были существенно выше, чем на соответствующем промежутке времени у ложнооперированных животных (1-я группа). Ингибирование активности купферовских клеток на фоне ишемии-реперфузии печени приводило к уменьшению содержания ДК в крови в реперфузионном периоде. Так, уровень ДК был выше исходного в смешанной венозной крови только на 30-й мин ишемии, тогда как в постишемическом периоде изучаемый показатель активности ПОЛ не отличался от исходного и от значения этого показателя в группе ложнооперированных животных.

Таким образом, ингибирование активности купферовских клеток с помощью хлорида гадолиния существенно уменьшает содержание ДК в крови у кроликов при ишемии-реперфузии печени.

## **АТРЕЗИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)**

***Хоров Г.О., Глуткин А. В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Хоров О.Г.*

Атрезия наружного слухового прохода – это врождённая аномалия, характеризующая отсутствием наружного слухового прохода. Атрезия (заращения) наружного слухового прохода часто сочетается с недоразвитием ушной раковины (микротией) или полным её отсутствием (анотией). Проблема является актуальной в нашей стране. Патология по встречаемости не частая (по данным литературы 1-2 случая на 10000), но требующая высококвалифицированной помощи.

**Цель:** клиническое изучение патологии и оценка результатов его лечения.

**Материал и метод.** В клиники Гродненского государственного медицинского университета были оперированы два человека. Ребёнок – 11 лет, второй взрослый – 19 лет. Поступили в клинику с диагнозом: микротия справа. Атрезия правого наружного слухового прохода.

Диагноз основывался на жалобах больных, на данных общепринятого клинического осмотра, отоскопии, тональной пороговой аудиометрии, акустической импедансометрии, компьютерной томографии (КТ) височной кости.

Остроту слуха определяли по разборчивости восприятия разговорной и шепотной речи, а также при тональной пороговой аудиометрии. Степень тугоухости была тяжелой и соответствовала аномалии развития наружного уха.

Методика оперирования: каналотимпаноластика. Под наркозом был выполнен заушной разрез мягких тканей позади рудимента ушной раковины. Обнаружена поверхность сосцевидного отростка. Фрезерованием вскрыта барабанная полость. Установлено, что наковальня и молоточек представлены в виде единого конгломерата, не связанного со стремечком. Стремечко подвижно. Взята фасция височной мышцы. На выступ канала лицевого нерва и головку стремени помещена аллохрящевая пластинка, сверху фасция височной мышцы, свободными кожными лоскутами выстлан наружный слуховой проход. Кожными швами сформирован *sacut conchaе*. Тампонада наружного слухового прохода турундами типа «кукла», швы на заушную рану. Асептическая

повязка. После хирургической коррекции слух улучшился в два раза (костно-воздушный интервал сократился с 60 Дб до 30 Дб после операции). Наружный слуховой проход сформирован, определяется неотимпанальный лоскут. Оперативное вмешательство документировано фото- и видеосъемкой. Нами подготовлена видеодемонстрация операции.

**Выводы:**

1. Чем более была выражена аномалия развития наружного уха, тем выше степень тугоухости.
2. Эффективность слухулучшающей операции зависит от исходных порогов воздушного звукопроведения, отсутствия сенсоневрального компонента поражения слуха у больного, а также от показателей КТ височных костей.
3. Хирургическая коррекция приводит к восстановлению наружного слухового прохода и улучшению слуха в два раза.

## **ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГЛАЗНОГО ТРАВМАТИЗМА**

*Царук О.Ф.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра оториноларингологии, офтальмологии и стоматологии  
Научный руководитель – ассист. Солодовникова Н.Г.*

Повреждения органа зрения являются одним из наиболее тяжелых видов офтальмопатологии. Важным мероприятием в борьбе за сохранение зрения являются четко налаженная ургентная помощь при травмах глаз.

В Гродненской области улучшение работы в этом направлении в значительной мере связано с наличием отделения МХГ на 70 коек на базе УОЗ «ГОКБ», где оказание ургентной помощи производится круглосуточно.

**Целью настоящей работы** явилось изучение глазного травматизма по материалам отделения МХГ ГОКБ за 3 года (период 2004-2006 гг.).

**Материал и методы.** За период с 2004-2006гг. мы изучили истории болезни 646 пациентов с различными видами повреждения органа зрения.

Мужчин было 525 человек (81,3%), женщин – 121 человек (18,7%), детей – 127 человек (19,7%). Наибольшее число травм среди взрослого населения произошло в возрасте 18-60 лет – 449 человек (69,5%). Чаще травмы глаз случались весной – 28,2%, реже зимой – 18,4%. В первые 6 часов после травмы было госпитализировано 343 человека (53,1%), в первые сутки – 88 человек (13,6%), спустя 24 часа – 215 человек (33,3%).

Локализацией повреждения в 46,3% случаев явилась роговица, роговично-склеральная область – 5,2%, склера – 5,0%, придаточный аппарат глаза – 43,5%.

Самыми тяжелыми по последствиям повреждениями были проникающие ранения глазного яблока с наличием инородного тела в полости глаза.

По виду травм самый высокий процент составили бытовые травмы – 415 человек (64,2%), производственные – 99 человек (15,3%).

В состоянии алкогольного опьянения в стационар поступило 28 пациентов в возрасте от 21 до 56 лет с повреждениями различного характера (у 26 из них травма была бытовая).

Наиболее распространенным видом травмы явились контузии глаза – 33,4%, среди всех повреждений химические ожоги глазного яблока и придатков составили 12,4%.

В хирургическом лечении нуждалось 325 пациентов (50,3%), 12 пациентам была

проведена энуклеация органа зрения.

Острота зрения на травмированном глазу с коррекцией при поступлении от 0 до счета пальцев у лица была 166, от 0,01 до 0,03 - 41, от 0,04 до 0,09 - 44, от 0,1 до 0,3 - 150, от 0,4 до 0,6 - 112, от 0,7 до 1,0 - 133.

После лечения при выписке предметное зрение не удалось восстановить (от 0 до счета пальцев у лица) в 106, зрение восстановлено до 0,01-0,09 - 27, до 0,04-0,09 - 19, до 0,1-0,3 - 71, до 0,4-0,6 - 72, до 0,7-1,0 - 351.

#### **Выводы:**

1. Таким образом, своевременное обращение за специализированной помощью позволяет в значительной части случаев вернуть утраченные функции органу зрения. Из 343 пациентов, поступивших до 6 часов, с улучшением выписан 231 человек (67,3%).

2. Ранее обращение за помощью в специализированное отделение уменьшает сроки пребывания в стационаре (при обращении до 6 часов – 8,5 дня, позже 24 часов – 9,8 дня).

3. Позднее обращение связано с отсутствием специализированной помощи на местах, дальностью районов, состоянием алкогольного опьянения, что ведет к более тяжелым последствиям: утрате зрительных функций, а иногда и к утрате органа зрения.

4. Правильно оказанная первая медицинская помощь, направление в специализированный стационар пациента в ранние сроки – гарантия улучшения качества зрительных функций и снижения риска инвалидизации населения.

## **ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СТУДЕНТАМИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ**

***Цедрова В.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научные руководители – д.м.н., проф. Зинчук В.В.;*

*к.м.н., доц. Балбатун О.А.*

На современном этапе высокая интенсивность и быстрое обновление учебной и научной информации является характерной чертой организации учебного процесса. Появляются новые формы обучения, в частности, многообразные обучающие компьютерные технологии. Учет и анализ мнения студентов о происходящих изменениях в медицинском образовании позволит своевременно корректировать процесс обучения, будет способствовать формированию должной мотивации к изучению предмета и повышению качества преподавания [1].

Целью данной работы было изучение отношения студентов к организации преподавания нормальной физиологии в Гродненском государственном медицинском университете в течение 2-х лет: 2005/2006 и 2006/2007 учебные года. Было проведено добровольное, анонимное анкетирование студентов лечебно-профилактического, педиатрического и медико-психологического факультетов сразу после сдачи государственного экзамена по предмету в июне 2006 и 2007 гг. Всего в анкетировании приняли участие 577 студентов (2006 г. – 247 человек; 2007 г. – 330 человек). Анкета содержала 19 вопросов, которые подразделялись на две группы: социологическая характеристика студентов и их мотивация к обучению (4 вопроса), отношение к организации преподавания физиологической дисциплины (15 вопросов). Были предложены три возможных варианта ответа: «да», «нет», «затрудняюсь ответить». Проведена статистическая обработка результатов анонимного анкетирования.

При анализе результатов было выявлено, что студентами положительно



воспринимаются новые формы обучения в виде интерактивных физиологических программ (2006 г. - 88,6%; 2007 г. – 85,7%), виртуальных физиологических экспериментов (2006 г. - 88,2%; 2007 г. – 83,9%). Постоянно повышается значимость обучающей информации из Интернета (2006 г. – 26,3%; 2007 г. – 37,0%). Наблюдается высокая потребность в учебно-методической литературе, издаваемой на кафедре и большинство студентов (2006 г. - 94,3%; 2007 г. – 94,2%) используют ее при подготовке к занятиям по нормальной физиологии. Среди широкого спектра издаваемой литературы (практикумы, тесты и др.) студенты наиболее заинтересованы в издании краткого и иллюстративного материала лекций в форме компендиума (2006 г. - 86,2%; 2007 г. - 91,8%). Несмотря на гуманизацию учебного процесса, значительная часть студентов (2006 г. - 61,5%; 2007 г. - 64,5%) считает целесообразным использование экспериментов на лабораторных животных. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего развития полноценных альтернативных методов обучения, например, компьютерных физиологических симуляторов и совершенствования форм гуманного обращения с лабораторными животными. Опрошенные студенты (более 90%) положительно характеризуют организацию работы со студентами на кафедре нормальной физиологии и квалификацию сотрудников кафедры. 76,1% (2006 г.) и 78,8% (2007 г.) студентов удовлетворены полученной ими оценкой. Таким образом, проведенный опрос выявил в целом позитивное отношение к организации преподавания нормальной физиологии в Гродненском государственном медицинском университете и необходимость анализа мнения студентов для последующего совершенствования обучения по предмету.

Литература:

1. Цедрова В.В. Отношение студентов к преподаванию физиологической дисциплины / Тезисы докладов конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора Г.В. Кулага / Отв. ред. П.В. Гарелик; И.Г. Жук; В.А. Снежицкий и др. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – С. 509.

## **СТАТУС ЗДОРОВЬЯ, ШКОЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ**

***Часнойть А.Ч., Вавилова Т.И., Кардис К.И., Ткачева И.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Пац Н.В.*

В последнее время отмечен рост числа детей, воспитывающихся в неполных семьях. В каждой пятой семье отсутствует один из родителей [5]. Обострилась проблема социального сиротства. Утрата положительного влияния семьи сказывается на особенностях формирования ребенка, наносит ущерб как физическому, так и психическому здоровью. Отмечено, что дети, воспитывающиеся в неполных семьях, чаще страдают неврозами, у них преобладает пониженный фон настроения, тревожно-мнительное настроение, пессимизм. Дети, воспитывающиеся одной матерью, в большей мере страдают нарушением умственной и эмоциональной сферы, у них затруднен процесс социальной адаптации [1]. У школьников из неполных семей выявлен низкий уровень самооценки и высокий уровень тревожности [1]. К группе риска заболевания туберкулезом отнесена группа детей из неполных семей, особенно переселенцев, беженцев и социально неблагополучных, потерявших одного из родителей [2]. Целью данной работы явилось изучение статуса здоровья, школьной зрелости и степени адаптации к школе детей, воспитывающихся в неполных семьях.

Обследовано 206 детей в возрасте 6 лет, посещающих дошкольные учреждения

г. Гродно.

Основную группу составили дети из неполных семей, контрольную – воспитывающиеся в полных семьях. Изучение состояния здоровья детей включало выкупировку данных углубленных медицинских осмотров из учетных форм «История развития ребенка Ф.112/у и медицинской карты ребенка Ф. 026/у. Комплексная оценка школьной зрелости проводилась с использованием методических рекомендаций [4]. Физическое развитие проводилось по унифицированной антропометрической методике. Оценка физического развития – по оценочным таблицам [3]. Степень адаптации – по стандартным критериям: легкая степень- адаптация в течение 1 месяца, средней степени - от 1 до 3 месяцев, тяжелая до 6 месяцев.

Выявлено, что в первой группе здоровья не оказалось ни одного ребенка из неполных семей и только 6,4% - из полных, во второй группе здоровья достоверно преобладали дети из полных семей 12,6% и 50,2%, соответственно ( $p<0,05$ ), в третьей группе здоровья достоверно преобладали дети из неполных семей ( $p<0,05$ ).

У детей из неполных семей низкий уровень адаптации отмечен у 13%, в то время как у детей контрольной группы – только в 1% случаев. Готовность к школе по результатам психофизиологического тестирования показала, что уровень развития образных представлений, уровень речевого развития и уровень развития механической памяти у детей основной группы, по сравнению с контрольной, достоверно чаще выявлен на низком уровне развития, у детей основной группы преобладали быстрая утомляемость и ослабление активного внимания. Учитывая некоторые особенности физического и психического развития детей из неполных семей, необходима разработка специальных программ коррекционно-развивающей и воспитательной деятельности в дошкольном возрасте под патронажем медицинских психологов и педиатров.

Литература:

1. Айвазовская, Е. Влияние полных и неполных семей на личностные особенности старшеклассников / Е. Айвазовская, М.В. Салтыкова-Волкович // Планета, 2006. - №4 - С.9-10.
2. Куфакова, Г.А. Факторы риска развития заболевания туберкулезом у детей и подростков из социально-дезадаптированных групп населения / Г.А. Куфакова, Е.С. Овсянкина // Большой целевой журнал о туберкулезе. №1. – 1998. – С.38-41.
3. Пивоваров, Ю.П., Гоева О.Э., Величко О.А. Руководство к лабораторным занятиям по гигиене / Ю.П. Пивоваров, О.Э. Гоева, О.А. Величко. - М.: Медицина, 1983. - 256 с.
4. Подневич, А.И. Определение степени функциональной готовности детей к поступлению в школу : метод. рекомендации. – Гродно, 1998. - 32 с.
5. Щеплягина, Л.А. Современный подросток / Л.А. Щеплягина: матер. конф. – М., 2001. – С. 36-43.

## **ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА В АМЕРИКАНСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ**

***Черноокая Т.В., Сахарчук Е.Ю.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

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

Попытки фальсификации истории предпринимались во все времена. Не стала исключением и история Великой Отечественной войны. Очередной, который даже не вмещается в голову, исторический парадокс - это присвоение Соединенными Штатами

заслуг советского народа в разгроме гитлеровской Германии во второй мировой войне.

На протяжении шести десятилетий после победы в ВОВ на Западе основное внимание уделяли негативным сюжетам, создавая малопривлекательный образ СССР. Акцент делался на героический поступок англо-американской коалиции, «спасшей» человеческую цивилизацию от гибели. С 50-х годов представление о доминирующей или решающей роли США в войне прочно утвердилось в сознании многих американцев и европейцев.

Согласно социологическим опросам, большинство американцев думают, что во Второй мировой войне СССР был союзником гитлеровской Германии, а США и Англия воевали с этой коалицией. И эта вера американцев взята не с потолка, а из определённых произведений массовой культуры и СМИ. Однако следует опираться на исторические факты.

В 1939 году, когда Гитлер развязал войну в Европе и покорял одну европейскую страну за другой, затаившийся Запад в лице США и Великобритании ждал нападения Германии на Советский Союз и надеялся руками фашистов покончить с первой в мире страной Советов. Доказательством этому служит тот факт, что когда по советской земле текли реки крови, горела земля, и до основания уничтожались города и села, ни США, ни Англия не объявляли войну Германии. Воздержались они от открытия второго фронта и тогда, когда Ленинград умирал в блокаде, разрушался Сталинград, фашисты стояли под стенами Москвы. А когда Армия страны Советов освободила свою землю и приступила к освобождению Европы, у Запада (США и Великобритании) возникли опасения, что Советская Армия самостоятельно освободит Европу от фашизма. И это пугало их. Всеми миру известно, что гитлеровская армия до последнего защищалась от советских войск, а американцам сдавалась практически без боя. Известно и то, что Берлин был полностью освобожден от нацизма Советскими войсками и впоследствии Сталин дал согласие поделить его на секторы влияния только из-за долга солидарности с союзниками. Советские войска успели освободить от фашистов Румынию, Болгарию, Венгрию, Чехословакию, Польшу и большую часть Германии. Остальные страны Европы (Франция, Италия, Австрия и часть Германии) были «освобождены» союзниками по, так называемой, «антигитлеровской» коалиции.

На Западе настойчиво принижают заслуги советского народа в разгроме гитлеровской Германии, преувеличивая роль США в уничтожении фашизма в Европе. Наш же народ всегда оценивал тот вклад в победу, который внесли страны антигитлеровской коалиции.

В годы войны сотрудничество между СССР и США развивалось в различных формах, включая и непосредственное боевое взаимодействие ВВС США и СССР. И хотя США не удалось использовать советские аэродромы в своих целях, человечество все же бросилось головой вниз - в век военного атома. Произошла первая в истории ядерная бомбардировка. И вот уже шесть десятилетий американские историки уверяют нас, что, благодаря бомбе, кончилась война.

Советский Союз и другие страны антигитлеровской коалиции освободили оккупированные врагом территории. Однако основную тяжесть войны вынесли на своих плечах советский народ и его Вооруженные Силы. И этот факт был общепризнанным не только у нас, но и за рубежом.

Подводя итоги, можно сказать: Запад (в лице США) навязывает миру мысль, что вторая мировая война завершилась победой антигитлеровской коалиции во главе с США, что как таковой Отечественной войны советского народа за свою свободу и независимость будто бы и не было. Но факт остается фактом, и из истории его не выбросить: главная заслуга в уничтожении фашизма принадлежит Советскому Союзу, его народу, который, победоносно завершив Великую Отечественную войну, воздвиг себе нерукотворный памятник на будущее тысячелетие!

# СРАВНИТЕЛЬНО-СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНГЛИЙСКИХ И РУССКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ТЕМИНОВ В ОБЛАСТИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

*Черняк А.С.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра иностранных языков*

*Научный руководитель - к.филол.н., доц. Гущина Л.Н.*

В последнее время в лингвистической литературе все больше внимания уделяется проблемам изучения языка науки как особого функционального стиля и особого разряда языковых средств. Это связано, прежде всего, с прогрессом научного знания.

**Цель исследования:** проведение комплексного анализа существующих в английской и русской онкологической терминологической системе подсистемы терминов, обозначающих опухоли органов мочеполовой системы, для установления составляющих ее типов терминов и для решения таких практических задач терминоведения, как упорядочение и перевод терминов, обозначающих опухоли.

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

**Результаты и выводы.** Анализ терминов, представленных в 3-х англоязычных терминологических словарях и русскоязычном 3-томном Энциклопедическом словаре медицинских терминов показал, что словарные дефиниции могут служить надежной основой гармонизации понятий в различных языках, целью которой является гармонизация терминологий, необходимая для создания двуязычных словарей и улучшения качества перевода терминов. По своей структуре все рассмотренные термины делятся на две основные группы: *моноксемные и полилексемные*. Из 78 терминологических единиц в английском языке 59 являются *полилексемными*, а 19 *моноксемными*. Из 72 терминологических единиц в русском языке 58 являются *полилексемными*, а 14 *моноксемными*. Процентное соотношение *моноксемных и полилексемных* терминов в английском языке составляет 32:68, а в русском языке - 18:82. Изучение *моноксемных* терминов с точки зрения формы позволило отметить, что в английском языке процентное соотношение *аффиксальных, сложных и сложнопроизводных терминов* выглядит так: 59:41, а в русском - 36:64. Таким образом, проведенное исследование позволило определить, что в русском языке наиболее распространенными моделями являются *моноксемные термины - сложные и сложнопроизводные*, при преимуществе последних, а в английском - *моноксемные термины - аффиксальные*.

Изучение формальных типов терминов в области онкологии показывает, что есть тенденция к образованию моделей, которые основываются на аффиксах и аффиксоидах. Они являются основой для образования терминов, при этом терминологический элемент «-ома/-ома» является опорным элементом многочисленных *моноксемных терминов*, поскольку он соотносится с понятием «опухоль», являющимся ключевым в данной области.

Сравнительно-сопоставительный анализ онкологических терминов английского и русского языков позволил сделать вывод о наличии значительного сходства в структуре онкотерминов в русском и английском языках при имеющихся незначительных отличиях.



Рост знаний в области онкологии повлек за собой дальнейшее развитие понятия «опухоль», что привело к созданию новых моделей терминов, способных отразить более сложные отношения между основным понятием и его многочисленными признаками. В настоящее время, как показывает анализ онкологических терминов в МКБ-10, двухкомпонентная модель полилексемных терминов является наиболее продуктивной среди онкологических терминов в русском и английском языках. В содержании этих терминов можно выразить самые разнообразные признаки и свойства основного понятия.

## **АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ТИАМИНКИНАЗЫ ИЗ МОЗГА СВИНЬИ**

**Черняк В.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей и биорганической химии*

*Научный руководитель – д.х.н., проф. Черникевич И.П.*

Исследован аминокислотный состав тиаминкиназы (КФ 2.7.6.2) из мозга свиньи, катализирующей одноэтапный перенос пирофосфатной группировки от молекулы АТФ на тиамин, с образованием коферментной формы витамина В<sub>1</sub> [3]. Показано, что молекула фермента имеет повышенную концентрацию аминокислот (аланин, глутаминовая кислота, лейцин) способствующих  $\alpha$ -спирализации белковой глобулы при одновременно высоком содержании аминокислот, связывающих полипептидные цепи (цистеин) или осуществляющих их резкий поворот на 130° (пролин), несовместимый с ходом  $\alpha$ -спирали. Отмеченная особенность киназы объясняет стабилизирующий эффект ионов металлов при концентрациях последних в 5-10 раз превышающих применяемые концентрации АТФ, и необходимость защиты SH-групп от окисления, приводящего к быстрой, необратимой инактивации фермента.

Аминокислотный состав тиаминкиназы напоминает аминокислотный состав тиаминсвязывающего белка, участвующего в транспорте тиамина через клеточные мембраны: такое же высокое содержание аспартата, глутамата, треонина, серина, пролина и низкое – цистеина и метионина [1]. Вероятно, это указывает на сходство механизмов связывания витамина обеими молекулами.

При сопоставлении количества аминокислотных остатков, содержащих незаряженные полярные и неполярные R-группы, надо отметить некоторое, свойственное растворимым белкам, преобладание гидрофильных остатков над гидрофобными (соответственно 55,62 и 44,38%). Причём из аминокислот с неполярными R-группами наиболее распространены аминокислоты средней и низкой гидрофобности (лейцин, аланин, валин), небольшие углеводородные радикалы которых вряд ли смогут препятствовать контакту белка с полярной водной фазой, содержащей металл, АТФ и тиамин.

Обнаруженная незначительная концентрация кислых аминокислотных остатков тирозина и основных гистидина, располагающихся для известных ферментных систем внутри белковой глобулы и поэтому не вносящих заметного вклада в величину суммарного заряда [2], позволила с достаточной достоверностью рассчитать по аминокислотному составу величину изоэлектрической точки, равную для тиаминкиназы из мозга свиньи 6.21. Сходная усреднённая величина pI (6,22) найдена и методом изоэлектрофокусирования. Значение изоионной точки, измеренное в процессе диализа низких концентраций ферментного раствора и равное 6,28, подтверждает достоверность полученных результатов.

Данные исследований указывают на гиалоплазматическую локализацию

тиаминкиназы, предполагая пространственную разобщённость участков связывания для АТФ и витамина (приблизительно равное, соответственно, 18,62 и 17,15% кислотных и основных остатков).

Литература:

1. Воскобоев, А.И. Биосинтез, деградация и транспорт фосфорных эфиров тиаминкиназы /А.И. Воскобоев, И.П. Черникевич. – Минск.: Наука и техника, 1987. – 200 с.
2. Полторак, О.М. Физико-химические основы ферментативного катализа /О.М. Полторак, Е.С. Чухрай. – М.: Высшая школа, 1971. – 311 с.
3. Wakabayashi, Y. Thiamin Pyrophosphokinase. Purification of thiamin pyrophosphokinase from pig brain /Y. Wakabayashi // Vitamins. – 1978. - V. 52, N 5/6. – P. 223-228.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ ФЛЕКСНЕРА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 25 ЛЕТ**

**Чижевская Н.В., Азаренко Е.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет. Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

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

Сохраняющаяся тенденция к относительному росту числа острых кишечных инфекций определяет интерес инфекциониста к дизентерии как к одной из классических кишечных инфекций. Изменение спектра и качественных характеристик патогенной флоры на фоне широкого применения антибактериальной терапии, а также качественных характеристик человеческой популяции на фоне динамично изменяющихся условий внешней среды (в том числе и социальных условий) требуют изучения для определения необходимости внесения изменений в тактику лечения больных.

**Цель работы:** выявить изменения в клиническом течении и отличия лабораторных показателей при дизентерии Флекснера у больных, лечившихся в 1982, 1986, 1987 и 2006 годах.

**Материалом для исследования** стали данные истории болезни 56 больных, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице по поводу дизентерии Флекснера в 1982 (1 группа - 15 больных), 1986 (2 группа - 13 больных), в 1987 (3 группа – 13 больных) и 2006 (4 группа - 15 больных) годах. Истории болезни отбирались по случайному признаку. Во всех случаях дизентерия Флекснера была верифицирована выделением возбудителя. 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. Лица обоих полов во всех группах больных встречались с примерно равной частотой. Различий в сроках поступления в стационар также не выявлено. В основной массе больные поступали в больницу на 2-3 день болезни. В ходе сравнительного анализа установлено, что частота выявления сопутствующей патологии имела склонность к нарастанию ( $p < 0,05$ ) в последние годы ( $13,3 \pm 9,1$ ;  $8,3 \pm 8,3$ ;  $7,7 \pm 7,7$  и  $50,0 \pm 12,9\%$  в группах, соответственно). Частота стула в последние годы была выше ( $p < 0,05$ ). Так, стул частотой до 5 раз в сутки отмечен в группах с частотой  $53,3 \pm 13,3\%$ ;  $66,7 \pm 14,2\%$ ;  $61,5 \pm 14,0\%$  и  $12,5 \pm 8,5\%$ , соответственно. Стул частотой до 10 раз встречался в группах с частотой  $20,0 \pm 10,7\%$ ;  $25,0 \pm 13,1\%$ ;  $23,1 \pm 12,2\%$  и  $50,0 \pm 12,9\%$ . Стул с частотой более 10 раз отмечен в группах с частотой  $26,7 \pm 11,8\%$ ;  $8,3 \pm 8,3\%$ ;  $15,4 \pm 10,4\%$  и  $37,5 \pm 12,5\%$ . Слизь в кале чаще ( $p < 0,05$ )

отмечалась у больных 2 и 4 групп (33,3±12,6%; 83,3±11,2%; 23,1±12,2% и 62,5±12,5%, соответственно). Частота фебрильной лихорадки реже ( $p<0,05$ ) отмечалась во 2 и 3 группах (46,7±13,3%; 16,7±11,3%; 15,4±10,4% и 56,3±12,8% в группах, соответственно). Лихорадка в 4 группе больных была более продолжительной (3,5±0,7; 3,8±0,6; 3,2±0,7 и 6,3±0,9 дней в группах, соответственно ( $p<0,05$ )). При исследовании гемограмм больных при поступлении в стационар отмечалась тенденция ( $p<0,05$ ) к палочкоядерному сдвигу в лейкоцитарной формуле, так, частота встречаемости палочкоядерных нейтрофилов в крови составила в группах 2,0±0,8%; 2,5±0,6%; 11,5±4,3% и 18,4±4,0%, соответственно. Показатель СОЭ имел тенденцию ( $p<0,05$ ) к нарастанию (9,7±1,3мм/ч; 11,8±2,5мм/ч; 13,8±2,6мм/ч и 15,6±2,3мм/ч в группах, соответственно). Аналогичным был этот показатель и при выписке из стационара.

**Выводы:** Несмотря на отсутствие достоверных различий в степени тяжести дизентерии, выявленные различия (более высокая частота стула в последние годы, более продолжительная лихорадка, более выраженный палочкоядерный сдвиг лейкоцитарной формулы, более высокие показатели СОЭ) позволяют считать, что дизентерия Флекснера в настоящее время имеет тенденцию к более тяжелому течению.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВЫХ МЕНИНГИТОВ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 25 ЛЕТ

*Чижевская Н.В., Азаренко Е.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций*

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

Изменения, как популяции людей на фоне экологических, социальных перемен, так и популяции возбудителей на фоне использования новых бактериальных препаратов, представляют интерес для клинициста в плане определения круга перспективных проблем.

**Цель работы:** выявить различия в характере клинического течения и динамике лабораторных показателей при менингококковой инфекции у больных, лечившихся в 1982, 1986 и 2006 годах.

**Материалом для исследования** стали данные историй болезни 40 больных, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной инфекционной клинической больнице в 1982 (1 группа - 14 больных), 1986 (2 группа - 13 больных) и 2005 - 2006 (3 группа - 13 больных) годах. Истории болезни отбирались по случайному признаку. Во всех случаях менингококковая инфекция у больных была верифицирована бактериологически (выделение менингококка из носоглотки или из ликвора). 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 возраст составил – 3,7±1,2 года, во 2 группе – 4,2±1,6 лет, в 3 группе – 3,9±1,1 лет. В половом аспекте отмечено преобладание мальчиков во всех группах больных (63,6±15,2%; 68,5±12,5% и 60,0±13,0%, соответственно). Различий в сроках поступления больных в стационар не обнаружено. В ходе сравнительного анализа отмечено снижение ( $p<0,05$ ) частоты такого симптома, как рвота (90,9±9,1%; 100,0% и 60,0±13,1%, соответственно) в последние годы. При определении уровня сознания у больных в течение последних лет чаще ( $p<0,05$ ) отмечалось ясное сознание (45,5±15,7%; 12,5±12,5% и 80,0±10,7%, соответственно). Уровень температуры тела, регистрировавшийся в течение последних

лет, был ( $p < 0,05$ ) ниже ( $38,7 \pm 0,2$ ;  $38,5 \pm 0,2$  и  $37,4 \pm 0,1^\circ\text{C}$ , соответственно). Соответственно, частота выявления у больных фебрильной лихорадки при поступлении в течение последних лет достоверно ( $p < 0,05$ ) снизилась ( $90,9 \pm 9,1\%$ ;  $75,0 \pm 16,4\%$  и  $26,7 \pm 11,8\%$ ). В то же время отмечена тенденция к нарастанию продолжительности лихорадочного периода. В сравнении с 1982 годом в 2005-2006 годах отмечено ( $p < 0,05$ ) снижение числа эритроцитов при выписке ( $4,0 \pm 0,1 \times 10^{12}/\text{л}$  и  $3,5 \pm 0,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , соответственно), увеличение числа лейкоцитов при поступлении в стационар ( $11,8 \pm 1,8 \times 10^9/\text{л}$  и  $16,5 \pm 1,3 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно), выраженность палочкоядерного сдвига в формуле крови при поступлении ( $5,9 \pm 2,6\%$  и  $12,9 \pm 2,8\%$ , соответственно). Отмечен ( $p < 0,05$ ) более высокий показатель относительного содержания лимфоцитов формулы крови в 1986 году ( $20,3 \pm 3,9\%$ ;  $37,8 \pm 4,2\%$  и  $21,8 \pm 4,8\%$ , соответственно). Отмечена ( $p < 0,05$ ) тенденция к увеличению относительного числа моноцитов формулы крови в 2005-2006 годах. Обращает на себя внимание тенденция к нарастанию показателей плеоцитоза ( $2325,5 \pm 1174,9/\text{мкл}$ ;  $4589,6 \pm 1917,5/\text{мкл}$  и  $6841,7 \pm 3024,5/\text{мкл}$ , соответственно). Санация ликвора в 1986 и 2005-2006 годах наступала медленнее ( $p < 0,05$ ), чем в 1982 году, что видно из показателей плеоцитоза ( $34,0 \pm 11,3/\text{мкл}$ ;  $170,4 \pm 54,7/\text{мкл}$  и  $173,0 \pm 67,0/\text{мкл}$ , соответственно) и белка ликвора ( $0,22 \pm 0,02\text{г/л}$ ;  $0,53 \pm 0,06\text{г/л}$  и  $0,61 \pm 0,1\text{г/л}$ , соответственно) на 10 день лечения.

#### **Выводы:**

1. Отмечены различия в клиническом течении менингококковых менингитов, свидетельствующие о возрастающих трудностях диагностики данной патологии.
2. Несмотря на стертость клиники, менингококковые менингиты в последние годы протекают не легче, а, возможно, даже тяжелее, чем 25 лет назад.

## **ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Чижевская Н.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии*

*Научный руководитель – д.м.н., доц. Смотрин С.М.*

Ятрогения может возникнуть в результате любого аспекта деятельности медицинского работника, включая лечебно-диагностические процедуры и хирургические вмешательства. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков могут встречаться как после операций на желчном пузыре, так и после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке.

**Цель исследования.** Провести анализ причин ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков при операции холецистэктомия.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ причин ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков за 15 лет. За указанный период времени в клинике холецистэктомия произведена 3528 больным. Из них открытая холецистэктомия выполнена 2615 больным, лапароскопическая – 913 больным. Повреждения желчных протоков возникли у 5 (0,2%) больных при открытой холецистэктомии и 2 (0,3%) больных при лапароскопической холецистэктомии. Интраоперационно повреждения желчных протоков были выявлены только у 5 больных при открытой холецистэктомии. Пристеночное ранение желчного протока выявлено у 2 больных, полное пересечение гепатикохоледоха с его частичным удалением у 3 больных. Пристеночное ранение желчного протока мы наблюдали при синдроме Миризи. Полное пересечение с частичным удалением гепатикохоледоха возникло при выраженном рубцово-склеротическом перипроцессе в результате



несоблюдения оперирующими хирургами главного правила: пузырный проток должен пересекаться лишь тогда, когда четко визуализируется общий желчный и общий печеночный протоки. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии были выявлены только в послеоперационном периоде. Клинически в одном случае мы наблюдали обтурационную желтуху в результате клиппирования и полного пересечения гепатикохоледоха, во втором, желчный перитонит, - как следствие пересечения гепатикохоледоха.

Всем больным при открытой холецистэктомии выявленные повреждения гепатикохоледоха были сразу же устранены. При пристеночном повреждении протока осуществляли дренирование его через дефект в стенке и на дренаже восстанавливали проток. В трех случаях был наложен гепатикоэнтероанастомоз на выключенном сегменте тонкой кишки длиной 80 см по Ру.

Больным с повреждениями внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии реконструктивные операции выполнены через 2-3 суток. Наложены билидигистивные анастомозы по Ру на выключенной петле тонкой кишки с постановкой каркасного дренажа.

Проведенный анализ показал, что основными причинами ятрогенного повреждения желчных протоков при холецистэктомии являются клинико-анатомические особенности строения и взаимоотношения пузырного протока с внепеченочными желчными протоками; выраженные воспалительно-инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря, а также недостаточный опыт хирурга.

## **АМПУТАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ: МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

**Чмель В.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

Течение облитерирующего атеросклероза нижних конечностей в 20-50% случаев приводит к ампутации ишемизированной нижней конечности. Ампутации нижних конечностей более чем у 35-42% больных производятся и после реконструктивных артериальных операций. Вопросы улучшения качества жизни больных после подобного рода хирургического вмешательства требуют решения.

**Целью настоящего** исследования явился анализ причин и последствий ампутаций нижних конечностей у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, перенесших реконструктивные артериальные операции на бедренно-подколенном сегменте.

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 42 больных, которым выполнялась ампутация нижней конечности в различные сроки после бедренно-подколенного шунтирования реверсированной аутовеной. Все обследованные - лица мужского пола, со средним возрастом  $58,6 \pm 3,1$  лет. Длительность ишемического синдрома в нижней конечности до первой артериальной реконструкции составила  $6,2 \pm 1,2$  года. По поводу исходной 26 стадии хронического нарушения артериального кровообращения в нижней конечности оперировано 12 человек, 3 стадии - 17, 4 стадии - 13. Бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава произведено 15 больным, а ниже щели коленного сустава - 27.

Ампутация осуществлялась в раннем послеоперационном периоде 2 пациентам, в ближайшие сроки после реконструктивной артериальной операции - 11, в отдаленные

послеоперационные сроки – 29. На уровне нижней трети бедра ампутацию перенесли 4 человека, средней трети бедра – 30, верхней трети бедра – 8. В 3 раза чаще ампутация производилась в группе больных, перенесших аутовенозное шунтирование в связи с критической ишемией нижних конечностей. В 4 раза чаще ампутации подвергались пациенты, имеющие проходимость одной артерии голени. Интраоперационных осложнений и летальных исходов отмечено не было.

Первичное заживление послеоперационной раны отмечено в 39 случаях, вторичным натяжением – в 3. Длительные фантомные боли в культе беспокоили 7 пациентов. В 1 случае наблюдались лигатурные свищи.

В послеоперационном периоде произвели протезирование нижней конечности и постоянно пользовались протезами 24 пациента. Отказались от протезирования в виду преклонного возраста 11 человек. К полноценной трудовой деятельности приступили 2 человека. Смогли себя полностью обслуживать 38 больных. За 2 пациента был необходим постоянный уход. Инвалидность получили 40 больных.

При сроке послеоперационного динамического наблюдения до 3 лет инфаркт миокарда развился у 2 пациентов, ишемический инсульт – у 4, желудочно-кишечное кровотечение у 3. Их возникновение было связано с прогрессированием основного заболевания. Умерло в течение 3 лет 6 больных.

Таким образом, улучшение исходов ампутаций нижних конечностей при облитерирующем атеросклерозе может быть достигнуто за счет совершенствования методик послеоперационного ведения данной категории больных с использованием как специфических, так и неспецифических средств улучшения состояния их организма.

## **КУРЕНИЕ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ**

***Чмель В.Н.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

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

Христофор Колумб и его спутники первыми из европейцев познакомились с листьями, которые индейцы просушивали, свертывали трубочкой - «сигаро» - и курили, выпуская дым через ноздри. Трава, применяемая для курения, выращивалась в провинции Тобаго, вот почему у европейцев она получила название «табак». В конце XV в. эта трава была завезена Колумбом в Европу.

Никотин стал самым распространенным наркотиком XX в. и смело перешагнул в XI. За пятисотлетний срок табакокурение превратилось в народное бедствие, которое воистину можно сравнить только с постоянно увеличивающейся своей владения эпидемией.

Курение - одна из самых распространенных вредных привычек. Заражены ею, по данным международной статистики, около 60% мужчин и 20% женщин, т.е. 40% жителей нашей планеты являются курильщиками. При этом в Англии к 15 годам курит 39% мальчиков, в Бельгии - 50%, в Италии - 60%. В Дании этой пагубной привычке подвержены 81% мальчиков и 56% девочек от 11 до 14 лет. В Республике Беларусь на сегодняшний день курит 32,3% населения, из них 51,3% мужчин и 16,3% женщин. При этом треть курящих, 11,8%, молодежь 16-25 лет.

В дыме сигареты обнаружено более 200 вредных для организма "человека веществ, а суммарный показатель токсичности (загрязненности) табачного дыма, по данным доктора химических наук М.Т. Дмитриева, в 4,25 раза превышает аналогичный показатель для выхлопного газа автомобиля. Выкуривание лишь одной сигареты по токсичности соответствует вдыханию 17,4 м<sup>3</sup> загрязненного воздуха на

автомагистралах, что возможно при нахождении на ней в течение 20-30 часов. При выкуривании 20 сигарет в день человек фактически дышит воздухом, по загрязненности в 580-1100 раз превышающем гигиенические нормативы.

Основными токсическими компонентами табачного дыма являются никотин (наркотическое вещество, оказывающее избирательное многостороннее действие на нервную систему, вызывающее привыкание к табакокурению), угарный газ и табачный деготь; в состав последнего входят несколько канцерогенных смол, способствующих возникновению рака легких и других внутренних органов.

Курение вызывает сужение кровеносных сосудов. Повышается кровяное давление, значительно увеличивается частота сердечных сокращений (на 10-20 ударов в 1 мин). В подобной ситуации сердце вынуждено за сутки перекачивать на 1500 мл крови больше, чем это необходимо в нормальных условиях.

Так, американские ученые Хэммонд и Хорн в результате специального обследования и постоянного наблюдения установили, что смертность от рака легких для не страдающих бытовой никотиноманией составляет 3,4 на 100 тыс. человек, среди выкуривающих в день менее пачки сигарет этот показатель равен 57,6, а у выкуривающих более одной пачки он резко возрастает до 157. По другим данным, 96% больных раком легких - курящие люди.

Поданным ВОЗ, у 20% жителей индустриально развитых стран смертность прямо или косвенно связана с курением. Японские исследователи установили, что среди курильщиков всех возрастных групп смертность на 22% выше, чем среди некурящего населения страны.

Сегодня во всем мире ведется серьезная борьба с курением, тратятся огромные деньги на антитабачную кампанию, проводятся различные семинары, конференции, манифестации, призывающие к отказу от курения. Однако даже в социально-развитых странах решить проблему табакокурения не удастся, несмотря на все принимаемые меры. Видимо, человек «в своей сути» не хочет и не желает понять всей опасности, которая таится за сизым дымком сигарет.

## **ТОКСИКОМАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, КАК ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СОЦИУМЕ**

**Чупраков Е.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра*

*Научный руководитель – к.м.н. доц. Ивашин В.М.*

Подростковый возраст как один из критических возрастных периодов, имеет ряд особенностей, которые могут способствовать злоупотреблению токсическими средствами. К ним относятся реакции группирования, стремление испытать новые ощущения, любопытство, недостаточная способность прогнозировать последствия, наступающие после приема токсического вещества.

Чаще всего злоупотребление ингалянтами бывает групповым. Размеры группы различны - от 2-3 подростков до почти всего школьного класса или почти всех сверстников одного дома. Имеются также возрастные и половые особенности злоупотребления ингалянтами. Большинство начинают злоупотреблять в младшем или среднем подростковом возрасте (12-14 лет), иногда даже еще в 9-11 лет. Ингалянтами злоупотребляют мальчики. Девочки среди обследованных составили только около 3%. Мотивацией злоупотребления чаще всего служит любопытство, желание испытать неизведанные переживания и ощущения, а также комфортность со «своей» группой сверстников. Неблагополучие в семье установлено в 70%. Одной из

предрасполагающих причин считается также недоступность алкоголя в младшем подростковом возрасте, особенно, в связи с законами об ограничении его продажи. Таким образом, можно говорить: предпосылки злоупотребления заложены в определенном состоянии микросоциальной среды. Первые случаи злоупотребления были либо из звеньев в цепи асоциального поведения, либо результатом реакции группирования, стремлением удовлетворить любопытство.

Между тем, бесспорно, что пристрастие к одурманивающим средствам развивается не на голом месте и не вдруг, ему предшествует довольно длительный период, когда у подростков формируются личные сдвиги, внешне проявляющиеся в поведенческих отклонениях и расстройствах влечений. Причины их чрезвычайно сложны: имеют значение и генетические факторы, и дефекты воспитания и воздействие микросреды. В большинстве случаев мотивы первого приема токсикоманических средств складываются из карикатурного «протеста» против навязываемых подростку требований в семье, школе. Затем подобное неприятие общепринятых норм приводит подростка с неустойчивой эмоциональной сферой и отсутствием достаточной критической оценки себя и других к ощущению одиночества и ущербности. И, как правило, «своим» он оказывается, прежде всего, в микрогруппе с асоциальными тенденциями. Быть «своим», сохранить «причастность к избранным» он стремится любой ценой, а для этого принимает и жаргон такой группы, и стиль одежды, и манеры поведения. Употребление вместе с группой различных медикаментов, алкоголя или бытовых химикатов тоже.

Таким образом, наследственная психопатологическая отягощенность, дородовая, родовая и послеродовая патология центральной нервной системы, факторы неправильного воспитания с формированием психопатологического характера приводят к формированию тех личностных особенностей, которые создают почву для возникновения токсикомании.

Характер опьянения зависит от вещества, применяемого для изменения сознания. Основными веществами, употребляемыми для достижения токсикоманического опьянения, являются пятновыводители, ацетон, пары толуола и растворителей нитрокрасок. Состояние опьянения обычно сопровождается ярко выраженной эйфорией.

## **АГРОЭКОТУРИЗМ В БЕЛАРУСИ**

***Чуянова Е.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра гуманитарных наук*

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

Агроэкотуризм («зелёный» туризм, сельский туризм) – очень широкое понятие, общепризнанного определения которому пока нет. С географической точки зрения – это туризм за пределами городской черты на территории с низкой плотностью населения. Как туристский продукт – это широкий спектр услуг от проживания в сельском доме, экологических туров, приключенческих и экстремальных походов до непосредственного участия в жизни местного населения. Получивший признание общественности в большинстве европейских государств во второй половине прошлого столетия, в Беларуси этот вид отдыха находится на начальной стадии развития. Однако, очевидно, что он уже сейчас вызывает интерес как у жителей нашей страны, так и у иностранных граждан.

В настоящее время агроэкотуризм, развиваясь быстрыми темпами в зарубежных странах (например, в таких как Италия, Ирландия, Франция, Швейцария), привлекает



значительную часть иностранных туристов. В частности, в Европе насчитывается примерно столько же койко-мест для отдыхающих в сельской местности, сколько и в городских гостиницах.

Надо отметить, что Беларусь располагает значительным потенциалом для развития агроэкотуризма. Сельский туризм не требует со стороны государства крупных капиталовложений. Собственники сами обустривают свои дома и прилегающие территории. Немаловажным является и тот факт, что агроэкотуризм способен создать рабочие места в деревнях и воспрепятствовать оттоку местного населения в города, развивать инфраструктуру деревень и укрепить социальные контакты, используя возможность культурного обмена. Говорить о том, что сельский туризм спасёт белорусскую деревню, пока ещё рано, но возможность такая реально существует.

В ноябре 2002 года в РБ было создано общественное объединение «Агро- и экотуризм». Эту дату можно считать днём рождения сельского туризма в нашей стране, хотя в произвольной форме он существовал и ранее. ОО «Агро- и экотуризм» - одно из немногих объединений, работающих с сельским населением, пытающихся развивать социально-экономическую активность граждан страны.

Новый импульс развивающийся в Беларуси агротуризм получил, благодаря Указам Президента Республики Беларусь №371 от 02.06.2006 года «О некоторых мерах государственной поддержки развития туризма в Республике Беларусь» и №372 от 02.06.2006 года «О мерах по развитию агроэкотуризма в Республике Беларусь», которые создали льготные правовые условия для сельчан, желающих принимать у себя туристов. Тем не менее, в организации сельского туризма есть еще и существенные проблемы. Сейчас особенно важно разработать программу продвижения самой идеи агроэкотуризма с целью создания позитивного отношения к этому виду отдыха. Можно задействовать определенные виды маркетинговых коммуникаций: PR-статьи в прессе, рекламные ролики, издание привлекательных каталогов, размещение их в сети Интернет, работа с посредниками (турагентствами и туроператорами) на комиссионных условиях.

Отметим, что наиболее быстрыми темпами агротуризм развивается в Минской и Гродненской областях. Наиболее перспективным объектом Гродненской области является Августовский канал, восстановленный в 2006 году.

Таким образом, в Республике Беларусь сложились хорошие перспективы для развития агроэкотуризма, который в скором будущем сможет заявить о себе как важный и доходный сектор не только туристической отрасли, работающий на положительный имидж нашей страны в глазах близлежащих стран-соседей, но и всей экономики в целом.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ИСКУССТВ**

***Шаблина О.В., Головацкая Ю.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научные руководители – к.м.н. Дорохина Л.В.; к.м.н. Орехов С.Д.*

Индивидуальные различия в поведении, обучаемости зависят от пространственно-временной организации головного мозга, в том числе от особенностей межполушарной асимметрии [1]. Во многих исследованиях подчёркивается связь между полом и индивидуальным профилем функциональной асимметрии [2]. Поэтому изучение особенностей функциональных асимметрий у юношей и девушек является важной медицинской проблемой. Актуальность исследования также связана с тем, что

в большинстве случаев, описанных в литературе, исследование проводилось на небольших выборках и часто на лицах с различными психосоматическими отклонениями [3; 4].

**Цель исследования:** изучение половых различий в распределении показателей функциональных асимметрий у студентов колледжа искусств. Была проведена оценка ряда сенсомоторных асимметрий у 90 студентов (35 юношей и 55 девушек) в возрасте от 17 до 22 лет с использованием набора методик, рекомендованных Н.Н. Брагиной, Т.А. Доброхотовой [1988]. Моторную латерализацию определяли с помощью кистевой динамометрии, а также тестов - «переплетение пальцев», «аплодирование», «поза Наполеона», «рисование круга», «нога на ногу», «отклонение от заданного направления». Оценка сенсорных асимметрий осуществлялась с использованием камертонов, «пробы Розенбаха», «телефонное прослушивание», пробы с часами. Проводили определение механической тактильной чувствительности предплечья. Статистическая обработка полученных данных выполнялась на персональном компьютере с помощью прикладных программ "Excel" и "Statistica 6.0".

У обоих полов отмечено явное преобладание праворуких (72,73% у девушек и 63,64% у юношей). Исследование мануальной асимметрии в тесте «рисование круга» показало достоверное преобладание праводоминантных типов как среди девушек, так и среди юношей (71,21% и 63,64%, соответственно); в тесте «аплодирование» праводоминантные типы составили 50,0% (девушки) и 60,61% (юноши); при изучении динамометрии кисти праводоминантные типы - 74,24% (девушки) и 63,64% (юноши); в тесте «нога на ногу» представители обоих полов продемонстрировали подавляющее преобладание праводоминантных типов (74,24% и 68,75%, соответственно). Исследование сенсорной асимметрии в тесте «телефонная проба» показало достоверное преобладание праводоминантных типов как среди девушек, так и среди юношей (77,27% и 72,73%, соответственно). Пробы с камертоном и Розенбаха (ведущий глаз) не выявили достоверной латерализации у обоих полов. По большинству изученных показателей асимметрии, в исследуемой выборке преобладают праводоминантные типы, что свидетельствует о доминировании левого полушария.

Литература:

1. Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А. Функциональные асимметрии человека. – М.: Медицина, 1988. – 240 с.
2. Геодакян В.А. Асинхронная асимметрия // Журн. высш. нерв. деятельности. - 1993. - Т. 43, № 3. - С. 543–561.
3. Kurup R.K., Kurup P.A. Central role of hypothalamic digoxin in conscious perception, neuroimmunoendocrine integration, and coordination of cellular function: relation to hemispheric dominance // Int. J. Neurosci. – 2002. – Vol. 112, № 6. – P. 705-739.
4. Shenal B.V., Harrison D.W. Investigation of the laterality of hostility, cardiovascular regulation, and auditory recognition // Int. J. Neurosci. – 2003. – Vol. 113, №2. – P. 205-222.

## **К 95-летию ПРОФЕССОРА В.Ч. БРЖЕСКОГО**

**Шаповалова Ю.М.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

*Научные руководители - д.м.н., проф. Тищенко Е.М.;*

*к.м.н. ст. преп. Хильмончик Н.Е.*

Бржеский Витольд Чеславович (12.XI.1913 – 16.X.1984) родился на Украине в с. Рубанка Конотопского уезда Черниговской губернии в семье земских врачей. В

1936 г. окончил 1-й Ленинградский медицинский институт и в этом же году был направлен начальником санитарной службы полка Красной Армии. С 1938 по 1939 гг. работал начальником 10-го врачебного участка станции Масельская Кировской железной дороги. Затем участвовал как его врач в полярной экспедиции на ледоколе «Ермак» (1939-1940). С 1940 по 1944 гг. Витольд Чеславович занимался преподавательской деятельностью, был заместителем директора фельдшерско-акушерской школы, заместителем заведующего городского отдела здравоохранения города Балашов Саратовской области. Награжден медалью «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны». В 1944-1945 гг. возглавлял Псковскую областную санитарную инспекцию и был директором фельдшерско-акушерской школы г. Печоры. Проявив хорошие организаторские способности, направлен в 1945 г. главным врачом кожно-венерологического диспансера в г. Тихвин Ленинградской области, где осуществлял свою деятельность до 1957 г. Затем работал заместителем главного врача межрайонной больницы г. Тихвин (1957-1961).

В 1961 г. возглавил кафедру социальной гигиены и организации здравоохранения Гродненского государственного медицинского института, где работал заведующим до 1982 г. В 1958 г. защитил диссертацию, и ему была присвоена ученая степень кандидата медицинских наук, а в 1968 - доктора медицинских наук. В 1969 г. Бжеский В.Ч. получил звание профессора. Он автор более 360 научных публикаций. Его научные исследования посвящены медицинскому образованию, организации здравоохранения, истории земской хирургии, увековечиванию памяти имен медицинских работников и ученых (составлены географический и алфавитный каталоги). Под его руководством защищена одна кандидатская диссертация. Витольд Чеславович был членом Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения БССР.

## **ТАКТИКА ХИРУРГА НА ВЫСОТЕ АТАКИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА**

***Шарко А.В., Ославский А.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Батвинков Н.И.*

На 28-м Всесоюзном съезде хирургов (1965 г.) сочетанное заболевание желчного пузыря и поджелудочной железы было выделено как самостоятельная нозологическая единица - холецистопанкреатит. Однако в последующие годы в отечественной и зарубежной литературе предпочтение отдается другой терминологии - острый билиарный панкреатит [1, 3]. В связи с быстро прогрессирующим увеличением больных желчнокаменной болезнью, отмечается значительный рост числа пациентов с тяжелыми формами билиарнозависимого панкреатита. При этом вопросы ранней диагностики, и особенно хирургической тактики, требуют своего разрешения [2, 3].

**Цель работы:** совершенствование методов лечения острого билиарного панкреатита.

**Материалы и методы:** в течение 2005-2007 гг. в клинике находился 51 больной острым билиарным панкреатитом, все они подверглись оперативному вмешательству в период обострения острого воспалительного процесса. При поступлении в стационар больные подвергались современным методам исследования (УЗИ, МРТ, КТ, фиброгастродуоденоскопия, РХПГ). Наиболее ценную информацию позволяет получить магниторезонансная томография, которая дает возможность наиболее точно оценить состояние желчных протоков (диаметр их просвета, наличие конкрементов),

характер изменений поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Результаты: в зависимости от выявленных патологических изменений у 34-х больных произведена холецистэктомия, которая в 7 случаях сочеталась с наружным дренированием желчных протоков и забрюшинной клетчатки. У 3-х пациентов, ранее перенесших холицистэктомию, произведена холедохотомия с форсированным бужированием долевых и сегментарных желчных протоков. Малоинвазивные оперативные вмешательства (эндоскопическая папиллосфинктеротомия или эндоскопическая дилатация холедоходуоденоанастомоза) выполнены у 14-ти больных. Из числа оперированных больных имел место один летальный исход вследствие прогрессирования панкреонекроза. У пациентов с острым билиарным панкреатитом, сопровождающимся деструктивным холециститом и/или желчной гипертензией в ранние сроки, показаны традиционные или малоинвазивные вмешательства, что предотвращает прогрессирование патологического процесса.

Литература.

1. Батвинков Н.И. Острый билиарный панкреатит //Материалы XII съезда хирургов РБ. - Гомель. - 2006. С. 37.
2. Малярчук В.И., Лебедев Н.В., Хараламбус С. Папиллотомия // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. – С. 19-23.
3. Решетников Е.А. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии // Хирургия. - 2005. - №11. - С. 25.

## **К ИСТОРИИ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ КЛАВДИЯ ГАЛЕНА НА ЖИВОРОЖДЕННОСТЬ МЛАДЕНЦЕВ**

***Шатковская Е.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Курс судебной медицины*

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

Гидростатическая проба с легкими трупов новорожденных младенцев производится для установления их живо- или мертворожденности. Проба эта в судебной медицине названа в честь Клавдия Галена, великого древнеримского врача II века н.э. (2, 4, 5). В те времена существовал строгий запрет на вскрытие трупов человека, но Гален все же проводил анатомические исследования, используя для этого трупы казненных преступников, погибших гладиаторов и трупы новорожденных младенцев, выброшенных ночами на улицы после тайных родов. В своем знаменитом труде по анатомии (1, 2, 4), Клавдий Гален дал классическое описание легких живорожденного младенца, которое стало его выдающимся вкладом в судебно-медицинскую науку. В то же время сведения о том, что легкие живорожденных младенцев, опущенные в воду, плавают, в трудах ученого отсутствуют. Сказанное не дает оснований считать его автором гидростатической пробы. Однако совершенно очевидно, что приведенного описания легких вполне достаточно для вывода о том, что они дышали и, будучи опущенными в воду, должны остаться на ее поверхности. В последующем ученые эпохи Возрождения присвоили гидростатической пробе имя Галена, но она не могла применяться на практике в связи с запретом на вскрытие трупов.

Томас Бартолин – крупный датский ученый анатом – описал пробу в 1663 г. (3, 4).

Таким образом, спустя почти 1500 лет после известного описания Клавдием Галеном легких трупов дышавших и недышавших младенцев, была представлена методика проведения гидростатической пробы и документально подтверждено в



научной публикации то, что легкие живорожденных младенцев плавают, а мертворожденных – тонут.

Первая попытка применить пробу в экспертной практике принадлежала немецкому физику Карлу Раугеру (4, 5), который в 1670 г. в г. Прессбурге, основываясь на ее результатах, решил вопрос о мертворожденности младенца. Однако проба тогда еще не вошла в практику.

Спустя одиннадцать лет, 11 октября 1681 г., в г. Цейтце экспертизу трупа новорожденного младенца по поручению следственных властей произвел городской врач Иоганн Шреер (4, 5). Его заключение о мертворожденности младенца потребовало авторитетного подтверждения и рассматривалось в советах трех университетов (Франкфуртского-на-Одере, Лейпцигского и Виттенбергского). Только в 1684 г. проба была одобрена и, получив официальное признание, стала применяться в мировой судебно-медицинской практике.

Такова вкратце история гидростатической пробы (с легкими) Клавдия Галена, которая в настоящее время обязательна при проведении экспертизы трупов новорожденных младенцев.

Литература:

1. Гален К. О назначении частей человеческого тела: Пер. с древнегреч. – М., 1971.
2. Гофман Э. Учебник судебной медицины: Пер. с нем. – СПб, 1881.
3. Ковнер С. История древней медицины. – Киев, 1888.
4. Galeni C. Omnia. Momvs Vi. – Lipsias, 1825. – p. 145-146.
5. Mueller B. Gerichtliche Medizin. – Berlin, 1907.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

***Шейфер Ю.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра хирургических болезней №1*

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

Специфические поражения нижних конечностей, проявляющиеся сложным комплексом анатомо-функциональных изменений, встречаются у 30-80% больных сахарным диабетом (СД) [3]. В патогенезе развития этих изменений лежат полинейропатия, остеоартропатия и ангиопатия, на фоне которых развиваются различные гнойно-некротические процессы, вплоть до анаэробной флегмоны и гангрены [2].

**Целью работы** явилось выявление частоты встречаемости различных гнойно-некротических осложнений нижних конечностей при сахарном диабете и возможности их хирургической коррекции.

Нами обследовано 214 больных сахарным диабетом с гнойно-некротическими осложнениями нижних конечностей, проходивших лечение в хирургическом отделении узловой клинической больницы г. Гродно с 2004 по 2007 гг. По возрасту обследованные больные распределены следующим образом: до 50 лет – 16 человек (7,47%); после 50 – 198 человек (92,53%). По длительности СД больные распределены: до 5 лет - 5,1%; от 10 до 15 - 19,9%; более 20 - 75%. Обследованные больные с осложнёнными формами диабетических поражений нижних конечностей распределены в соответствии с классификацией F. Wagner по распространённости повреждений тканевых структур [1]. 0 степень - 115 больных (53,73%); 3 ст. - 45 больных (21,02%); 4ст. - 41 больной (19,15); 5 ст. - 13 больных (6,07%) Консервативное лечение было

проведено у 142 больных и включало в себя инфузию дезагрегантов, местную лазеротерапию, лечебный электрофорез антисептиков, ежедневные санационно-перевязочные процедуры у больных с деструктивными тканевыми поражениями. У остальных пациентов оно было дополнено хирургическим вмешательством. Необходимо отметить, что у 80% нуждающихся в хирургическом лечении длительность СД составляла более 20 лет. В связи с этим потребовалось выполнить 39 ампутаций: на уровне бедра 15 (38,5%); на уровне стопы – 4 (10,2%) и удаление пальцев стопы – 20 (51,3%), что составляет 54,2% от общего числа оперативных вмешательств, 15 некрэктомий (20,8%), 6 аутодерматопластики (8,3%), 12 вскрытий гнойно-некротических флегмон (16,7%).

В результате проведенного лечения клиническое улучшение получено у всех больных. Однако у 2 больных в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса после выполнения «малой» ампутации на стопе потребовалось по жизненным показаниям произвести ампутацию конечности в средней трети бедра. У 4 пациентов некрэктомии, у 3 больных вскрытие флегмоны сопровождалось этапными хирургическими санациями в количестве от одного до трёх оперативных вмешательств. По длительности лечения больных в стационаре можно выделить следующие группы: до 14 дней - 5,2%; 14-25 дней - 8,9%; 26 и более - 85,9%.

Таким образом, риск развития гнойно-некротических осложнений нижних конечностей при сахарном диабете напрямую зависит от длительности заболевания сахарным диабетом. В лечении гнойных ран и язв в улучшении результатов существенный вклад вносит лазеротерапия, лечебный электрофорез антисептиков. Распространённые гнойно-некротические повреждения нижних конечностей 4-5 ст. (F. Wagner) требуют длительного лечения с существенными экономическими затратами.

Литература:

1. Авдовенко А.Л. Дифференцированный подход к лечению диабетической стопы.// Тез. конф. «Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии». Москва 2001. – С.72-73.
2. Брискин Б.С. Гнойно-некротические осложнения синдрома диабетической стопы и их отражение в МКБ-10 и стандартах страховой медицины// Хирургия. - 2007. - №1. – С.49-54.
3. The High Risk Foot in Deabets Mellitus Edited by R.G. Frykberg, 1991, - P. 158.

## **КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА, МАТЕРИ КОТОРЫХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ**

***Шерешик Т.С., Черноокая Т.В., Павлюкевич А.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель - д.м.н., доц. Шейбак Л.Н.*

Острый пиелонефрит беременных (ОГП) представляет актуальную и во многом нерешенную проблему клинической урологии, акушерства и неонатологии в силу значительной частоты этого заболевания у беременных, тяжести течения, особенностей лечения и степени отрицательного влияния на плод и новорожденного. Частота урологической патологии у беременных за последние 10 лет возросла в 3,5-4 раза и вышла на 2-е место (после анемии) в структуре экстрагенитальных заболеваний. Из общего спектра урологической патологии острый пиелонефрит осложняет течение беременности у 6-10% женщин.

**Целью исследования** явился анализ 29 историй развития новорожденных и, соответственно, историй развития детей (ф.112) от матерей, имевших проявления ОГП

в период беременности. Диагноз у женщин был поставлен на основании классической клинической картины, лабораторного обследования и результатов бактериологических посевов.

По антропометрическим показателям новорожденные дети не отличались от среднестатистической нормы. Масса тела у них составила  $3560 \pm 76$  г, длина тела  $53 \pm 0,36$  см, окружность головы  $36 \pm 0,13$  см, окружность груди  $35 \pm 0,13$  см. Снижение оценки по Апгар на первой минуте жизни отмечалось только в 3 случаях (10%). Ранняя неонатальная адаптация сопровождалась физиологической убылью массы тела в среднем 7,3%. Желтушный синдром, с колебаниями уровня билирубина от 149 до 273 мкмоль/л в первую неделю жизни, наблюдался у 31% новорождённых детей. Токсическая эритема отмечалась в 28% случаев. Следует отметить, что только 52% новорождённых детей находились на грудном вскармливании в ранний неонатальный период. Синдром внутриутробного инфицирования, характеризующийся признаками интоксикации без существенной органной патологии, отмечался у 10 новорождённых детей (34,5%). Одновременно с этим, каждый пятый ребёнок имел проявления полицитемии в 1-е сутки после рождения. Соответственно, с первых часов жизни новорожденным детям исследуемой группы проводилась инфузионная терапия и коррекция метаболических нарушений. Необходимость антибактериальной терапии отмечалась в 31% случаев.

Исследование в катамнезе показало, что естественное вскармливание до 1 года отмечалось в 38% случаев. В исследуемой группе, в возрасте до 1 года, 24 ребёнка были отнесены к группе часто болеющих. Причём, у каждого второго из 39 анализируемых отмечена дисфункция желудочно-кишечного тракта. Одновременно с этим, в исследуемой группе были диагностированы анемия лёгкой степени (34%), экссудативный диатез (14%). Нами получена высокая частота неврологических дисфункций в виде синдрома двигательных нарушений и повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 55% детей. Данной группе детей проводилось плановое лечение в соответствии с ведущим клиническим синдромом и наблюдение у невропатолога.

Таким образом, дети от матерей с ОГП нередко имеют синдром внутриутробного инфицирования в ранний неонатальный период, а женщины составляют группу риска по развитию гипогалактии. В возрасте до 1 года данные младенцы пополняют группу часто болеющих детей и имеют высокую частоту неврологических нарушений.

## **МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

***Шестак О.Д.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей гигиены и экологии*

*Научный руководитель – ассист. Синкевич Е.В.*

По обеспеченности водными ресурсами Республика Беларусь находится в сравнительно благоприятных условиях. Имеющиеся ресурсы природных вод вполне достаточны для удовлетворения как современных, так и перспективных потребностей страны в воде. Однако давление антропогенного пресса сказалось на качестве водных ресурсов Беларуси: вода содержит нефтепродукты, аммонийный и нитратный азот, фенолы, органические и биогенные вещества, соли тяжелых металлов [1].

Всего в Гродненской области, по данным ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», централизованным

водоснабжением обеспечено 969790 чел. (85,9%), из них: городское население – 719000 чел. (96,1%), сельское – 250790 чел. (65,3%). Подача питьевой воды населению области осуществляется 401 коммунальным водопроводом и 1489 ведомственными.

Обследованные в 2006 г. лабораториями санитарно-эпидемиологической службы Гродненской области источники централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения показали, что 19,2% проб воды коммунального и 30,2% - ведомственного водопроводов не соответствуют нормам по санитарно-химическим показателям (в целом по республике эти показатели, соответственно, равны 22,4% и 30,7%).

Основная причина отклонения от стандарта на питьевую воду - повышенное содержание в воде железа и связанное с этим превышение норм по мутности и цветности. В целом по республике 47,8% артезианских скважин не соответствует стандарту «Вода питьевая» [2] по содержанию железа, в том числе в 10,9% случаев этот показатель превышал допустимые нормативы в 5 и более раз. В Гродненской области превышение содержания железа обнаружено в 55,6% проб, при этом в 9,3% проб уровень железа был выше 5 ПДК.

Качество питьевой воды является серьезной проблемой в сельских районах, где население пользуется неглубокими колодцами. В целях хозяйственно-питьевого водоснабжения используют колодезную воду 3,9% городского и 34,7% сельского населения. Результаты лабораторных исследований в 2006 году свидетельствуют об улучшении качества колодезной воды, как по микробиологическим, так и по санитарно-химическим показателям. Удельный вес проб, не соответствующих гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям, составил 18,8% (в 2005 году – 33,0%), по санитарно-химическим – 47,4 % (в 2005 году – 56,2%).

Большинство нестандартных проб воды шахтных колодцев не соответствовало гигиеническим нормативам по мутности и содержанию нитратов.

Для снижения числа водопроводов, не отвечающих требованиям санитарных норм и правил, необходимо для всех источников водоснабжения разработать проекты зон санитарной охраны с конкретными мероприятиями по защите водоносного горизонта от химического и бактериологического загрязнения, продолжать работы по строительству и реконструкции ряда водоохраных объектов области.

Загрязнение воды в колодцах обусловлено, как правило, нарушениями условий водопользования: отсутствием необходимого благоустройства прилегающих территорий, а также глиняных замков и отмолок у колодцев, близким расположением выгребных ям и помещений для содержания скота.

Литература:

1. Маврищев В.В. «Основы экологии» - Мн., «Вышэйшая школа», 2003 г.
2. СанПиН 10-124 РР 99 «Питьевая вода и водоснабжение населенных мест».

## **ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

***Шестак О.В., Севрук Т.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра педиатрии №2*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Хлебовец Н.И.*

Рациональное вскармливание – важное условие, обеспечивающее правильное физическое и психическое развитие, иммунологическую защиту, которая обеспечивает благополучие организма в течение всей последующей жизни [1].

**Цель исследования:** выявление характера вскармливания детей первого года жизни.



Анализировалась поликлиническая медицинская документация у 200 детей в возрасте от 6 месяцев до 1 года по данным детской поликлиники. Изучались возраст, пол, вид вскармливания, используемые смеси, заболеваемость детей, возраст родителей. По возрасту дети распределены следующим образом: от 6 до 7 месяцев было 15 детей, до 8 месяцев – 27, до 9 месяцев – 24, до 10 месяцев – 52, до 11 месяцев – 28, до 12 месяцев – 19, до 13 месяцев – 35. Мальчиков было 98, девочек – 102. Доношенными родилось: 193, недоношенными – 7 детей. От первых родов было 120 детей, от повторных – 80. Среди первородящих матерей большинство составляют женщины с I беременностью 80%, среди повторнородящих чаще были женщины со II беременностью – 58%. Основная масса первородящих женщин была в возрасте 20-24 года (52,5%), а повторнородящих в возрасте 30-34 лет (38%). У первородящих матерей на естественном вскармливании было 27% детей, на смешанном – 3,2%, на искусственном – 69%. У повторнородящих на естественном вскармливании – 37% детей, на искусственном – 63%. До настоящего времени на естественном вскармливании находится 57 (28,5%) детей, на смешанном – 3, на искусственном – 140 детей. В группе детей, находящихся на естественном вскармливании, наибольшее количество детей было в возрасте 10-11 месяцев (33%). Анализ заболеваемости детей в зависимости от вида вскармливания показал, что чаще болеют дети на искусственном вскармливании (46%), по сравнению с естественным (34%).

Изучение социального статуса семей показало, что матери-одиночки кормят грудным молоком лишь в 28,5%. У многодетных матерей преобладает естественное вскармливание, по сравнению со смешанным и искусственным (53,8%, 7,7%, 38,5%, соответственно). Заболеваемость детей из многодетных семей выше, чем в семьях, имеющих одного или двух детей (92,3% и 85%), что можно объяснить большим контактом с больными детьми.

Для питания детей на искусственном вскармливании использовались следующие смеси: Тонус, Алезя; Беллакт; Беллакт бифидо; Беллакт соя; Хумана; Сэмпер; НАН; Хипп; Нестле; Беби. Анализ заболеваемости детей, в зависимости от применяемых смесей, показал, что частота заболеваемости практически одинакова как в группе детей, получающих смеси отечественного производства, так и в группе детей, питающихся зарубежными смесями.

#### **Выводы:**

1. Больше половины детей находится на искусственном вскармливании как у перво- так и у повторнородящих матерей. Однако у повторнородящих матерей детей на естественном вскармливании больше, чем у первородящих (37% и 27%, соответственно).
2. 28,5% детей грудного возраста находится на естественном вскармливании, причем 1/3 из них получает грудное молоко до 10-11-месячного возраста, что является положительной тенденцией в рациональном питании детей.
3. Заболеваемость детей, находящихся на искусственном вскармливании, выше, чем на естественном.
4. Несмотря на то, что среди детей из многодетных семей больший процент естественного вскармливания, уровень заболеваемости у них выше, чем в семьях, имеющих одного или двух детей.

#### **Литература:**

1. Конь И.Я. Питание детей первого года жизни: современные представления // Педиатрия, №1, 2006. – С. 63-71.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА

*Широкая Е.Ю., Штык С.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Пирогова Л.А.;  
ассист. Черняк С.И.*

Мозговой инсульт является одной из основных причин смертности и инвалидизации населения Республики Беларусь. По данным ВОЗ, смертность от цереброваскулярных заболеваний стоит на третьем месте после заболеваний сердца и злокачественных новообразований. Наибольший процент заболеваемости и смертности от инсульта приходится на возраст 50-70 лет. Однако существует факт повседневного «омоложения» инсульта. Из перенесших инсульт к трудовой деятельности возвращается не более 12-15%, а около 80% больных становятся инвалидами, из них 10% инвалидами до конца жизни со стойкими нарушениями двигательной активности.

Все вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящего исследования, целью которого явилось сравнение у пациентов, перенесших инфаркт головного мозга в правом и левом полушариях, с психотерапевтическим диагнозом по МКБ - 10: F06.6, следующие показатели: уровень депрессии, уровень ситуативной и личностной тревожности, характеристику межличностных взаимоотношений и определение уровня качества жизни. Наблюдение пациентов проводилось в неврологическом отделении 1-й ГКБ г. Гродно.

Клиническую группу составили 25 человек, мужчины и женщины, средний возраст, которых  $58,56 \pm 0,5$  лет, из них правополушарных 14 человек, средний возраст  $62,64 \pm 0,4$  лет, левополушарных 11 человек, средний возраст которых  $59,64 \pm 0,5$  лет. Исследование пациентов проводилось при поступлении в стационар. Использовались следующие методики: методика оценки депрессивных состояний Зунга (адаптация Т.И. Балашовой), методика диагностики уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, опросник качества жизни NAIF и методика-диагностика межличностных отношений (тест Лири).

В результате исследования были получены следующие результаты: в 100% исследуемых, как левополушарных так правополушарных, была диагностирована депрессия в пределах нормы, у правополушарных была диагностирована в 35,7% высокая ситуативная тревожность (СТ), 42,9% умеренная СТ, 21,4% низкая СТ, 57,14% высокая личностная тревожность (ЛТ), 42,86% умеренная ЛТ; у левополушарных в 18,18% высокая СТ, 72,73% умеренная СТ, 9,09% низкая ЛТ, 54,55% высокая ЛТ, 45,45% умеренная ЛТ; правополушарные в 14,3% удовлетворены своей жизнью, 85,7% не удовлетворены, левополушарные в 36,6% удовлетворены своей жизнью, 63,64% не удовлетворены своей жизнью; в опроснике Лири были получены следующие результаты: у правополушарных пациентов часто встречающиеся завышенные октанты в 78,57% - VIII, 50% - VII, 21,43% - I, III, V, 14,3% - VI, 7,14% - II, IV, 57,16% - желают изменить свой стиль поведения, 35,5% - не желают менять свой стиль поведения, 7,14% - не заполнили; у левополушарных: 72,73% - I, 63,64% - VII, 54,55% - VIII, 9,09 - III, IV, V, VI, 9,09% - желают изменять, 90,91% - не желают изменять.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлено: по методике Зунга между право- и левополушарными больными не было достоверных различий; по методике Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина у правополушарных более высокие показатели по личностной тревожности, а у левополушарных по ситуативной тревожности; опросник качества жизни показал, что правополушарные больные не

удовлетворены качеством своей жизни в большей степени, чем левополушарные; ДМО (тест Лири) показал, что у правополушарных самый высокий VIII октант, а у левополушарных - I октант.

## ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

*Шишулина Е.А., Новикова Е.Н.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Научный руководитель – к.м.н., доцент Солоненко Ю.Т.*

Материнская смертность при заболеваниях органов кровообращения колеблется от 1,2 до 2,5%.

**Цель данной работы:** провести метаанализ исходов беременности у женщин, страдающих пороками сердца, и, исходя из этого, наметить меры, направленные на предотвращение или минимизацию риска беременности у данной категории женщин.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 30 беременных женщин с пороками сердца, находившихся в 2006г. в отделении патологии беременности Гродненского клинического родильного дома. Возраст пациенток колебался от 19 до 39 лет (средний - 26,1 лет). Из общего количества 14 были жителями г. Гродно, 16 – районов Гродненской области.

В структуре заболеваний сердца преобладали врожденные пороки, а среди них наиболее часто отмечены дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок (50% всех ВПС) и открытый артериальный проток (5 из 27 ВПС). В восьми случаях в разные сроки больным была проведена хирургическая коррекция пороков, в том числе, радикальная операция при тетраде Фалло (1), ДМЖП (1), открытом артериальном протоке (4), ДМПП (2). В одном случае оперированный ДМЖП осложнился реканализацией дефекта.

Во всех трех случаях приобретенных пороков сердца активности ревматического процесса не выявлено.

В 14 случаях пациентки поставлены на учет по поводу беременности в сроки до 8 недель, в 12 – в 9-10 недель, в 4-х – в 11-12 недель.

Практически все пациентки за время гестации были госпитализированы в кардиологические отделения областного центра или по месту жительства при первом посещении консультации, в последующем - в сроки 18-20 и 28-30 недель в отделения патологии беременных, в том числе, в Республиканский диагностический центр «Мать и дитя».

Данная госпитализация была последней перед предполагаемым сроком родов.

Исходя из результатов обследования, в 12 случаях признаков недостаточности кровообращения не выявлено ( $H_0$ ), в 19 она была I ст. ( $H_1$ ). В 20 случаях доплерографически признаков легочной гипертензии не выявлено, в 10 случаях она не превышала I ст. В 12 случаях риск беременности и родов в связи с пороками не превышал I ст., в остальных – II ст. Таким образом, при соответствующей акушерской и кардиологической помощи беременность и роды у обследованных пациенток не были противопоказаны.

В 13 случаях (43%) с показателями риска I ст. роды завершились естественным путем; в 16 случаях (53%) родоразрешение осуществлено путем кесарева сечения, из них лишь в 7 случаях его причиной послужила сердечно-сосудистая патология.

В 9 случаях кесарево сечение произведено по акушерским показаниям на фоне ВПС:

### Выводы:

1. Исходы беременности при ВПС напрямую зависят от тяжести нарушений внутрисердечной гемодинамики, степени выраженности сердечной недостаточности и легочной гипертензии.
2. Четко налаженная диспансеризация таких беременных, своевременная хирургическая коррекция ВПС, правильный выбор способа родоразрешения позволяют предотвратить или свести до минимума материнскую и пренатальную смертность.

## МОДЕЛИРОВАНИЕ ЗАТУХАЮЩИХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ КОЛЕБАНИЙ

*Шлавенец Т.И., Мелько Н.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра медицинской и биологической физики*

*Научный руководитель – ст. препод. Лукашик Е.Я.*

Как известно, в медицинской технике широко используются электрические колебания в широком частотном диапазоне. Частотно-задающим элементом устройств генерирования гармонических электрических сигналов является колебательный контур.

**Целью работы** является изучение эквивалентной электрической схемы неидеального колебательного контура, содержащего омическое сопротивление с помощью электронного симулятора Electronics Workbench (EWB).

Программа EWB предназначена для схематического представления и моделирования аналоговых, цифровых и аналогово-цифровых цепей. Пакет включает в себя средства редактирования, моделирования и виртуальные инструменты тестирования электрических схем. В работе используются виртуальные инструменты: источник постоянного напряжения, осциллограф.

На рис. 2 представлена виртуальная модель неидеального колебательного контура в среде EWB, в которой есть источник постоянного тока 1V, переключатель P, конденсатор C, индуктивность L, сопротивление R, осциллограф.

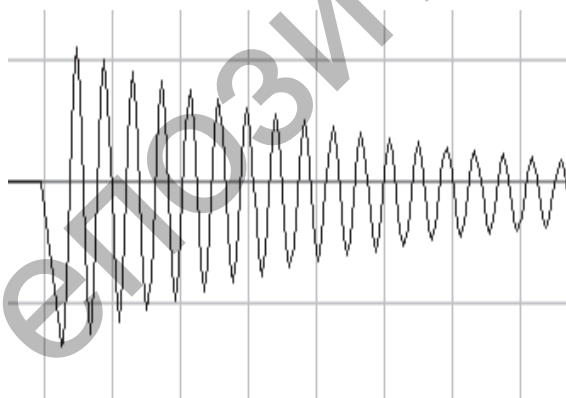


Рис. 1.

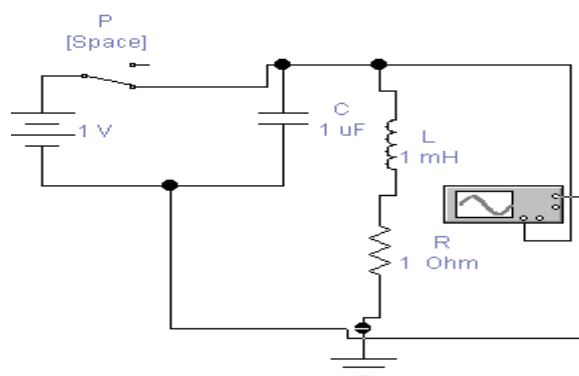


Рис. 2.

Схема работает следующим образом: при запуске симуляции этой схемы и кратковременном нажатии клавиши «пробел» (на рис 2. отражен момент подключения) напряжение от источника заряжает конденсатор C, который разряжается через сопротивление R на катушку индуктивности L. В цепи параллельного колебательного контура возникают затухающие электрические колебания, представленные на рис. 1 в виде осциллограммы.



Если установить сопротивление  $R$  равным нулю, то получим незатухающие колебания. По осциллограмме можно определить период колебаний, логарифмический декремент затухания.

Таким образом, использование электронного симулятора EWB позволяет варьировать значениями компонентов схемы, наглядно отображать электрический сигнал в любой момент времени, варьированием значения сопротивления  $R$  можно изменять степень затухания, осуществлять проверку формулы Томсона.

При устранении индуктивности можно получить цепь, состоящую из конденсатора и сопротивления и наблюдать процессы заряда и разряда конденсатора.

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ**

***Шота Е.В., Алещик М.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патофизиологии*

*Научный руководитель – к.б.н., ст. препод. Троян Э.И.*

Изучение вопроса влияния на организм молодого поколения вредных привычек, в частности, табакокурения, является в настоящее время весьма актуальным и соответствует одной из важнейших задач здравоохранения - борьбе за здоровье человека. Данные комитета экспертов ВОЗ показали, что заболеваемость среди курящих в целом на 30-80% выше, чем среди некурящих; смертность выше среди людей, начавших курить в молодом возрасте; показатели нетрудоспособности у курящих выше, чем у некурящих [2, 4].

**Целью нашего исследования** явилось изучение некоторых показателей дыхательной системы при проведении функциональных нагрузочных проб у здоровых молодых людей.

**Материалы и методы.** Функциональные пробы отвечали всем следующим требованиям: были нагрузочными, то есть вызывали устойчивые сдвиги в исследуемых системах; эквивалентными нагрузкам в жизненных условиях; стандартными; объективными; информативными и безвредными [1, 3]. Для оценки функционального состояния дыхательной системы проводились пробы Штанге и Генчи.

Обследовались студенты 3 курса Гродненского медуниверситета. В контрольную группу (К) вошли юноши, возраст 20-22 года, без вредных привычек, в опытную (О) - выкуривающие от 3 до 10 сигарет в день в течение 2-3 лет. Контрольную группу составили 19 человек, опытную – 13 человек. Обследование проводилось в марте-апреле 2007 года. Оценка функционального состояния дыхательной системы заключалась в регистрации времени задержки дыхания на вдохе (проба Штанге) и выдохе (проба Генчи) у студентов в положении сидя после нескольких глубоких дыханий.

**Результаты исследования.** При оценке функционального состояния дыхательной системы в результате проведения пробы Штанге и Генчи выявлены следующие результаты. Время задержки дыхания при выполнении обеих проб у студентов-курильщиков меньше, чем у студентов без вредных привычек. При задержке дыхания на вдохе время задержки составило у студентов курильщиков –  $43,6 \pm 4,73$  сек., у студентов контрольной группы –  $53,1 \pm 2,16$  сек., ( $p < 0,05$ ). При задержке дыхания на выдохе время задержки составило соответственно  $38,4 \pm 3,25$  сек. и  $50,6 \pm 3,18$  сек. ( $p < 0,05$ ).

**Вывод.** Таким образом, в результате проведенных исследований установлено отрицательное влияние курения на органы дыхания даже при небольшом

стаже курения -2-3 года, что может привести к развитию хронических заболеваний глотки, гортани, бронхов и легких. Раздражающие вещества, содержащиеся в табачном дыме, являются причиной спазма бронхов, гипертрофии слизистых оболочек желез, которые выделяют избыточную слизь в виде мокроты. Все это ослабляет сопротивляемость легких к инфекциям.

Литература:

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. - Минкин Р.Б. Болезни сердечно-сосудистой системы. - СПб, 1994. – 273 с.
2. Сколько мы платим за табак. Данные ВОЗ / Под ред. А.К. Демина, М., 1996. – С. 43.
3. Томашик Е.А., Пирогова Л.А. Функциональные пробы в клинике и спорте / Методическое пособие. - Гродно, 1993. – 37 с.
4. Федосеев Г.Б. Курение и заболевание легких. - Л., 1984. – С. 78.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ ЦИРКАДНОГО РИТМА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ТАХИКАРДИИ-БРАДИКАРДИИ**

**Шпак Н.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Снежицкий В.А.*

Одним из важных параметров функционирования сердечной деятельности человека является частота сердечных сокращений (ЧСС). Этот показатель подвержен суточной вариабельности и изменяется при любом воздействии на организм, в т. ч. при заболеваниях. Изучается роль сна в патогенезе сердечных аритмий, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти. Исследование изменчивости ЧСС в течение суток, с подробным анализом ее реактивности в период сна, может стать достаточно информативным для более полной оценки циркадных ритмов сердечной деятельности.

**Цель.** Разработать критерии диагностики нарушения циркадного ритма ЧСС у больных с синдромом тахикардии-брадикардии, обладающие возможностью более детального изучения реактивности ЧСС в период ночного сна.

**Материал и методы.** Обследовано 42 пациента, из них 13 пациентов с пароксизмальной мерцательной аритмией (группа 1, средний возраст  $39,14 \pm 5,27$  лет), 14 здоровых обследуемых (группа 2, средний возраст  $55,15 \pm 1,09$  лет) и 15 пациентов с синдромом тахикардии-брадикардии (группа 3, средний возраст  $68,87 \pm 7,45$  лет).

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ с помощью 3-канального кардиомонитора «Кардиотехника-04-АД-3», Инкарт г. Санкт-Петербург, с последующей обработкой результатов на соответствующем программном обеспечении. Построение суточных трендов ЧСС осуществлялось в автоматическом режиме с усреднением ЧСС за 1 минуту и за 10 секунд. Отдельно оценивали период ночного сна индивидуально согласно дневнику пациента. Определяли длительность ночного сна в часах и внезапные подъемы ЧСС более чем на 10 ударов в минуту («всплесков») с их количественным подсчетом за весь период ночного сна. На основании этих показателей высчитывали среднее число «всплесков» ЧСС за 1 час ночного сна как отношение общего числа «всплесков» ЧСС за период ночного сна к длительности ночи.

Полученные результаты обрабатывались с помощью вариационной статистики (пакет STATISTICA 6.0).

**Результаты и обсуждение.** При анализе полученных данных, группы 1, 2 и 3 достоверно различались между собой по общему числу «всплесков» ЧСС за период

ночного сна ( $p_{1-2,1-3,2-3} < 0,001$ ) и среднему числу «всплесков» ЧСС за 1 час ночного сна ( $p_{1-2,1-3,2-3} < 0,001$ ). Общее число «всплесков» ЧСС за период ночного сна (группа 1 =  $14,2 \pm 2,8$ , группа 2 =  $19,64 \pm 3,39$ ) и среднее число «всплесков» ЧСС за 1 час ночного сна (группа 1 =  $1,7 \pm 0,33$ , группа 2 =  $2,46 \pm 0,29$ ,) оказалось больше у здоровых обследуемых, по сравнению с пациентами с пароксизмальной мерцательной аритмией. У пациентов групп 1 и 2 значение этих показателей было больше, чем у больных с синдромом тахикардии-брадикардии, у которых вышеперечисленные показатели находились в диапазонах от 5,34 до 11,32 и от 0,59 до 1,33, соответственно.

**Таким образом,** полученные данные подтверждают значительное снижение у больных с синдромом тахикардии-брадикардии уровня реактивности ЧСС в период ночного сна и свидетельствуют о нарушении циркадного ритма ЧСС.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ**

**Шпак Н.В.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра госпитальной терапии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. В.А. Снежицкий*

Диагностика синдрома слабости синусового узла (СССУ) является достаточно важной и сложной клинической задачей. При СССУ наблюдается снижение функции автоматизма синусового узла и нижележащих центров. Все это отражается в изменении частоты сердечных сокращений (ЧСС). Одним из основных методов обследования пациентов с СССУ является суточное мониторирование ЭКГ, при котором могут регистрироваться выраженная синусовая брадикардия или другие замещающие ритмы с ЧСС менее 40 ударов в минуту ночью и днем, либо длительные паузы более 2500 – 3000 мсек за счет синоатриальной блокады, остановки синусового узла или постэкстрасистолического угнетения функции синусового узла, иногда в сочетании с пароксизмами тахикардий, среди которых наиболее часто встречаются пароксизмы фибрилляции предсердий.

**Целью** нашего исследования являлось улучшение диагностики СССУ.

**Материал и методы.** Обследовано 42 пациента, из них 13 пациентов с пароксизмальной мерцательной аритмией (группа 1, средний возраст  $39,14 \pm 5,27$  лет), 14 здоровых обследуемых (группа 2, средний возраст  $55,15 \pm 1,09$  лет) и 15 пациентов с СССУ (группа 3, средний возраст  $68,87 \pm 7,45$  лет).

Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ с помощью 3-канального кардиомонитора «Кардиотехника-04-АД-3», Инкарт г.Санкт-Петербург, с последующей обработкой результатов на соответствующем программном обеспечении. Построение суточных трендов ЧСС осуществлялось в автоматическом режиме с усреднением ЧСС за 1 минуту и за 10 секунд. Отдельно оценивали утренний период в течение 15 минут от момента пробуждения индивидуально, согласно дневнику пациента. Определяли прирост ЧСС утром после пробуждения как разницу между максимальной ЧСС в течение 15 минут от момента пробуждения и ЧСС во время сна, непосредственно предшествующей утреннему пробуждению, и время утреннего подъема ЧСС от момента пробуждения. На основании этих показателей высчитывали скорость утреннего подъема ЧСС как отношение прироста ЧСС ко времени утреннего подъема ЧСС после пробуждения.

Полученные результаты обрабатывались с помощью вариационной статистики (пакет STATISTICA 6.0).

**Результаты и обсуждение.** При анализе полученных данных группы 1, 2 статистически значимо различались с группой 3 по таким показателям, как прирост ЧСС после утреннего пробуждения ( $p_{1-3,2-3} < 0,001$ ), время утреннего подъема ЧСС ( $p_{1-3,2-3} < 0,001$ ) и скорость утреннего подъема ЧСС ( $p_{1-3,2-3} < 0,001$ ), при этом группы 1 и 2 между собой различались не достоверно. По сравнению со здоровыми обследуемыми и пациентами с пароксизмальной мерцательной аритмией, у больных с СССУ наблюдался значительно меньший прирост ЧСС после пробуждения, который составил  $24,67 \pm 7,31$  ударов (группа 1 =  $32,7 \pm 9,54$ , группа 2 =  $37,64 \pm 7,16$  ударов), примерно в 2 раза было удлинено время утреннего подъема ЧСС и равнялось  $10,13 \pm 3,37$  минут (группа 1 =  $4,6 \pm 2,18$ , группа 2 =  $4,8 \pm 2,04$  минут), а также более чем в 3 раза была снижена скорость утреннего подъема ЧСС и находилась в диапазоне от 1,69 до 3,31 ударов в минуту (группа 1 =  $8,85 \pm 4,94$ , группа 2 =  $8,91 \pm 3,21$  ударов в минуту).

Полученные данные подтверждают значительное снижение уровня реактивности ЧСС у больных с СССУ во время утреннего пробуждения, что позволяет использовать определяемые показатели в диагностике этой нозологии.

**Вывод.** Показатели времени и скорости утреннего подъема ЧСС можно использовать как дополнительные критерии в диагностике СССУ.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ**

***Штык С.В., Барашкова Е.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра оториноларингологии с курсом офтальмологии и стоматологии  
Научный руководитель – проф. Хоров О.Г.*

Отосклероз-заболевание, характеризующееся патологическим разрастанием ткани костного лабиринта уха, приводящее к прогрессирующему снижению слуха и инвалидизации людей по слуху.

**Цель работы:** оценить аудиометрические данные до и после стапедопластики, оценить результаты хирургического лечения больных отосклерозом. Материал исследования составили больные отосклерозом, истории болезни 50 пациентов, которым в ЛОР-клинике ГрГМУ в период с 2002 по 2007 год выполнялась стапедопластика при отосклерозе. Для исследования пациентов применялись клинические, специальные оториноларингологические, аудиометрические методики. Мы изучили состояние слуха путём оценки среднего порога восприятия чистых тонов на частотах по воздушной и костной проводимости. Для хуже слышащего уха порог восприятия по воздушной проводимости составил 46.86 Дб, для лучше слышащего уха 28.1 Дб. Пороги костной проводимости были для хуже слышащего уха 15 Дб, для лучше слышащего 7.94 Дб. Средний порог восприятия звуков на тех же частотах через 1 месяц составил 21.1 Дб по воздушной проводимости и 6.4 Дб по костной проводимости, т.е. костно-воздушный разрыв стал равным 13.7 Дб, что соответствует критерию положительного исхода операции. Анализ частотного диапазона показал, что улучшение слуха наблюдается преимущественно в диапазоне средних и низких частот. Кривые костной проводимости не ухудшались ни у одного пациента. Из 57,5% пациентов с нарушением костной проводимости уменьшились пороги восприятия по костной проводимости после операции у 43% больных. Всем больным до операции проводилось консервативное лечение. В 100% случаев консервативное лечение не дало улучшения. Операция выполнялась путём внутриушного доступа под операционным микроскопом микрохирургической техникой. Использовалась реконструкция стремени с помощью тefлонового протеза в виде кольца с ножкой. Оценивались результаты лечения через месяц после операции. Длительность вестибулярной реакции была



различной, но максимальный срок их составлял не более 7 суток. У 30% пациентов, имевших ушной шум, он исчез или стал значительно меньше и перестал доминировать в виде жалоб у 28%. При оценке функциональных результатов стойкое улучшение слуха наблюдалось у 95% больных, слух остался без изменения у 5% оперированных больных. Аудиометрическая оценка больных отосклерозом до и после стапедопластики показала высокую эффективность стапедопластики, так как у подавляющего числа оперированных снизились пороги восприятия звуков и значительно сократился костно-воздушный интервал. Таким образом, стапедопластика является эффективным методом лечения отосклероза, позволяющим получить у большинства пациентов положительный функциональный результат.

## **ГОДИЧНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА**

***Штык С.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. 1-месячная летальность при мозговом инсульте в странах СНГ достигает 30-40%. Среди выживших больных большая часть не может вернуться к работе и нуждается в постороннем уходе. Наиболее тяжелые медико-социальные последствия инсульта отмечаются в трудоспособном возрасте. Целью настоящей работы было установить годовичные тенденции смертности и инвалидности от мозгового инсульта жителей г. Гродно трудоспособного возраста и изучить факторы риска, ассоциированные с выходом на инвалидность вследствие мозгового инсульта.

Для анализа использовались данные популяционного регистра мозгового инсульта г. Гродно за 2001 год и результаты проспективного наблюдения за когортой перенесших несмертельный инсульт. Установлено, что в 2001 г. зарегистрированы 208 случаев инсульта у 202 жителей г. Гродно трудоспособного возраста (женщины <55 лет, мужчины <60 лет), что составило 23,1% от всех случаев. Из 202 больных было 145 мужчин (средний возраст  $51,7 \pm 6,4$  лет) и 57 женщин (средний возраст  $49,1 \pm 4,3$  лет). 46 человек (22,8%) до возникновения инсульта имели группу инвалидности вследствие различных причин (21 человек – III, 24 человека – II, 1 человек – I группу инвалидности). В 42 из 208 случаев (20,2%) инсульт являлся повторным.

43 больных умерли в течение острого периода заболевания, 1-месячная летальность составила 20,7%. 5 пациентов умерли в течение 2-3 месяцев от начала инсульта, 3-месячная летальность составила 23,1%. 10 пациентов, перенесших инсульт, умерли в течение 4-12 месяцев, годовичная летальность составила 27,9%. У 12 пациентов в течение года от начала заболевания развился повторный мозговой инсульт.

Через 3 месяца от начала заболевания среди 154 выживших больных 96 (62,3%) не имели группы инвалидности, у 42 больных (27,3%) группа инвалидности не изменилась, 2 больных (1,3%) повысили группу инвалидности. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 14 больных (9,1%).

Через 12 месяцев от начала заболевания среди 144 выживших больных 54 (37,5%) не имели группы инвалидности, у 40 больных (27,8%) группа инвалидности не изменилась, 11 больных (7,6%) повысили группу инвалидности. Первичный выход на инвалидность в эти сроки отмечался у 39 больных (27,1%). Из них первичный выход на

I группу – 5 человек, II группу – 21 человек, III группу – 13 человек.

Для анализа факторов риска, ассоциированных с выходом на инвалидность в сроки 3-х и 12-ти месяцев от начала заболевания использовался критерий хи-квадрат Пирсона с заданным 5% уровнем значимости. Установлено, что статистически значимо на инвалидность в срок 3 месяца от начала заболевания влияли следующие факторы: заболевание сердца, перенесенный ранее инфаркт миокарда, сахарный диабет. Значение коэффициентов Крамера: 0,362, 0,443, 0,305, соответственно ( $p < 0,01$ ). В срок 12 месяцев от начала инсульта статистически значимо на инвалидность влияли перенесенный инфаркт миокарда и сахарный диабет. Значение коэффициентов Крамера: 0,416, 0,379, соответственно ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, годовые исходы мозгового инсульта у жителей г. Гродно трудоспособного возраста характеризовались высокой летальностью (20,7%, 23,1% и 27,9% в сроки 1, 3 и 12 месяцев, соответственно), а также относительно низкой частотой повторных инсультов (7,5%). Уровень ограничения жизнедеятельности у пациентов с несмертельным инсультом увеличивался в умеренной степени (65,3% больных через 12 месяцев от начала заболевания не имели группы инвалидности или сохранили прежнюю группу инвалидности).

## **ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У СТУДЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ**

***Штык С.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет*

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Научный руководитель - к.м.н. Пронько Т.П.*

Артериальная гипотензия представляет собой состояние, основным проявлением которого является стойкое понижение артериального давления (АД). Она составляет фактор риска развития гипертонической болезни, церебрального атеросклероза и других заболеваний сердечно-сосудистой системы. В основе артериальной гипотонии лежит нарушение функции высших вегетативных центров вазомоторной регуляции, дисбаланс вазотонических и вазодилатирующих гуморальных субстанций.

**Цель работы:** оценить состояние вегетативной нервной системы у лиц с артериальной гипотензией.

**Материалы и методы:** обследовано 33 студентки медуниверситета в возрасте от 19 до 24 лет. Первую группу составили лица с гипотонией – 21 человек, контрольную – лица с нормальным АД – 11 человек. Суточное мониторирование АД проводили при помощи суточного монитора АД МнСДП-2. Вегетативный статус оценивали при помощи ортостатической пробы, пробы с физической нагрузкой (ФН), рассчитывался вегетативный индекс Кердо, минутный объем крови (МОК), использовался вопросник для выявления синдрома вегетативной дисфункции (СВД). Обработку полученных данных проводили по общепринятым критериям вариационной статистики с использованием пакета программ STATISTICA 5.0.

**Результаты.** Студентки первой группы предъявляли множество разнообразных жалоб. Головная боль в теменно-височной, затылочной области была у 93% студенток, общая слабость у 80%, повышенная утомляемость у 73%, спад активности после 16-17 часов, ощущение потребности в отдыхе после обеда были у 100% обследуемых, повышенная раздражительность, эмоциональная лабильность были у 66%, снижение умственной и физической работоспособности были у 66%, трудности переносимости длительного стояния у 60%, головокружение у 53%, колющие, ноющие боли в области сердца у 53%, чувство похолодания рук и ног у 40% обследуемых с гипотонией.

МОК у гипотоников составил  $3509 \pm 158,5$  л, а у лиц с нормальным АД –  $3420 \pm 92,2$  л. При расчете вегетативного индекса Кердо у нормотоников полное вегетативное равновесие (эйтония) было в 63% случаев, у 34% выявлено преобладание симпатического влияния. У гипотоников в 95% случаев выявлено преобладание симпатического влияния на сердечно-сосудистую систему. По результатам ортостатической пробы у 95% гипотоников имела место недостаточность вегетативного обеспечения деятельности, тогда как у нормотоников подобные изменения были только у 9%. При проведении пробы с ФН у гипотоников выявлен астенический (гипотонический) тип реакции на нагрузку в 95% случаев, у нормотоников – в 91% случаев был нормотонический тип реакции сердечно-сосудистой системы. Сумма баллов, полученная по вопроснику для выявления СВД, у гипотоников составила  $36,4 \pm 2,8$ , а у нормотоников –  $10,5 \pm 0,7$  ( $p < 0,001$ ). СВД выявлялся у 100% студенток с артериальной гипотензией.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены патологическая реакция на ФН, признаки СВД, преобладание недостаточного вегетативного обеспечения деятельности и преобладание симпатического влияния на сердечно-сосудистую систему у студенток с артериальной гипотензией, что требует соответствующей коррекции.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА**

*Шульга А.В., Балицкая Е.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

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

Рак яичников (РЯ) занимает седьмое место по частоте среди злокачественных новообразований у женщин и составляет 4–6% от их общего объема. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 165 тыс. новых случаев РЯ, и более 100 тыс. женщин умирают от опухолей данной локализации. В нашей республике показатель заболеваемости РЯ в 2005 г. составил 15,9 случаев на 100 тыс. населения. Высокие показатели смертности связаны с поздней диагностикой заболевания. У 65-70% больных РЯ диагностируется в распространенной (III-IV) стадии, когда пятилетняя выживаемость составляет 20-30%. Именно поэтому одной из актуальных задач остается объективизация прогноза заболевания, позволяющая вносить коррективу в проводимое лечение.

**Целью настоящего исследования** стала клинико-морфологическая характеристика рака яичников по данным операционного материала с оценкой морфологических параметров новообразования, влияющих на его метастатический потенциал и характер течения.

Материалом для исследования стали 126 наблюдений рака яичников, выявленных у женщин Гродненской области в 1999-2002 гг. в возрасте от 24 до 75 лет. Средний возраст больных составил  $54,9 \pm 0,9$  лет. Из 126 больных 22 (17,3%) входили в возрастную группу до 45 лет, 104 (82,7%) – были старше 45 лет. Клинические сведения получены из амбулаторных карт, историй болезни пациентов и канцер-регистра Гродненского областного онкологического диспансера. Среди городского населения всех возрастов частота рака яичников оказалась больше, чем среди сельских жителей. Резецированные яичники исследовались макроскопически, гистологические срезы изготавливались по общепринятой методике и окрашивались гематоксилином и эозином. При исследовании гистологических микропрепаратов новообразования

пересмотрены в соответствии с гистологической классификацией опухолей яичников ВОЗ Женева, 1999 г. Все больные раком яичников, в соответствии с классификацией FIGO (1985), распределились следующим образом: I стадия – у 33 (26,2%), II – у 24 (19,1%), III – у 60 (47,6%), а IV – у 9 (7,1%). Таким образом, большинство (54,7%) больных имели III и IV стадию заболевания. В результате гистологического исследования выявлено, что 97 (76,9%) случаев приходится на серозный гистологический тип рака яичников, 11 (8,8%) – на муцинозный гистотип, 10 (7,9%) – на эндометриоидный гистотип, а 8 (6,4%) – на светлоклеточный. В операционном материале преобладали умереннодифференцированные формы рака (G2) – у 60 (47,7%). Высокодифференцированные (G1) опухоли обнаружены у 40 больных (31,7%), низкодифференцированные (G3) – у 26 (20,6%). При муцинозном и эндометриоидном варианте рака преобладал G1, а серозный и светлоклеточный вариант чаще были умеренно- и низкодифференцированными. Односторонняя локализация процесса преобладала при муцинозной аденокарциноме (в 72% случаев) и эндометриоидном раке.

У 90 больных (71,4%) имелись метастазы опухоли или прорастание ее в прилегающие органы, при этом в 45,6% случаев они носили множественный характер. Метастазы локализовались в большом сальнике (53,3%), других лимфатических узлах (42%), маточных трубах (14,4%), печени (12,2%), матке (11,1%), плевре и легком (3,3%), стенке кишки (3,3%). С интенсивностью метастазирования коррелировала степень дифференцировки рака, так в опухолях с G1 метастазы выявлены в 57% наблюдений, при G2- в 76%, а G3-80% наблюдений.

Таким образом, рак яичников чаще выявляется у городских женщин после 45 лет. Несмотря на значительное преобладание высоко- и умереннодифференцированных опухолей, они характеризуются высоким инвазивным и метастатическим потенциалом, что свидетельствует о необходимости оценки параметров опухолевой клетки и окружающего стромально-сосудистого компонента с применением иммуногистохимических методов исследования.

## **ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ПЯТИ СУТОК ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА**

***Шульга Е.В., Щербачевич М.В.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра нормальной физиологии*

*Научный руководитель - д.м.н., проф. Зинчук В.В.*

В нормальных аэробных условиях жизнедеятельности организма активность перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантная система (АОС) уравнивают друг друга. Избыточное образование первичных (диеновые конъюгаты), промежуточных (малоновый альдегид и др.) и конечных (основания Шиффа и др.) продуктов ПОЛ оказывает повреждающее действие на уровне мембран и способствует деструкции клеток [Киричек Л.Т., 2004]. Защиту против действия свободных радикалов обеспечивают антиоксиданты: неферментативные ( $\alpha$ -токоферол, мелатонин, витамина С, глутаминил-цистеинил-глицин) [Valko M. et al., 2005] и ферментативные (супероксид дисмутаза, каталаза, глутатионредуктаза и др.) [Shustanova T.A. et al., 2004]. Известно, что после введения липополисахарида (ЛПС) на протяжении 4 часов происходит активация процессов ПОЛ и снижение факторов АОС в крови и тканях [Глебов А.Н., Зинчук В.В. 2002]. Однако влияние ЛПС на прооксидантно-антиоксидантный баланс на протяжении более длительного периода



времени остается неизученным.

**Цель исследования:** оценить характер изменений свободнорадикальных процессов у кроликов в течение первых пяти суток после введения ЛПС.

Исследование выполнено на кроликах, которым был введен в краевую вену уха липополисахарид (ЛПС) *E. coli* в дозе 500 мкг/кг. В условиях наркоза производили забор смешанной венозной крови из правого предсердия, а также образцов тканей (легкие, сердце, печень, почки и аорта) через 12 часов (n=6), на первые (n=6) и пятые сутки (n=5) после введения ЛПС. Прооксидантный-антиоксидантный баланс оценивался по содержанию диеновых конъюгатов (ДК), оснований Шиффа (ОШ),  $\alpha$ -токоферола и активности каталазы. Уровень ДК в плазме, эритроцитарной массе и тканях определяли на спектрофотометре «СФ-46» по интенсивности УФ-поглощения в области 232-234 нм. Содержание ОШ и  $\alpha$ -токоферола оценивалось на спектрофлуориметре «F-4010» (Hitachi). Каталазную активность в эритроцитарной массе и тканях оценивали при длине волны 410 нм на спектрофотометре «СФ-46» по способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойко окрашенный комплекс. Для статистической обработки полученных данных использовали t-критерий Стьюдента.

После введения ЛПС наблюдалось увеличение уровня ДК, ОШ в крови и тканях, уменьшение концентрации  $\alpha$ -токоферола, снижение активности каталазы в тканях и повышение в эритроцитарной массе. Однако уже к первым суткам отмечалось угнетение активности свободнорадикальных процессов: снижение значений ДК и ОШ в крови и тканях по отношению к группе действия ЛПС в течение 12 часов. Одновременно происходило усиление факторов АОС: повышение концентрации  $\alpha$ -токоферола в крови, тканях и увеличение значений каталазы в печени и почках, но показатели сердца, легких, аорты продолжали снижаться. В эритроцитарной массе на первые сутки после введения ЛПС происходило снижение активности каталазы по отношению к предыдущей группе, но она оставалась повышенной по отношению к контролю. К пятым суткам показатели прооксидантно-антиоксидантного баланса приближаются к исходным данным.

Таким образом, ЛПС инициирует сдвиг прооксидантно-антиоксидантного равновесия в сторону усиления свободнорадикальных процессов в крови и тканях. Активация процессов ПОЛ и угнетение АОС более выражены через 12 часов после введения ЛПС, к 5 суткам данные показатели приближаются к значениям контрольной группы.

## **ЗАДНЯЯ САГИТТАЛЬНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА (ЗСПП) В ЛЕЧЕНИИ АНО-РЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ**

**Шульга Е.Р., Драгун М.Н.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра детской хирургии*

*Научный руководитель – д.м.н., проф. Ковальчук В.И.*

ЗСПП была предложена А. Пенном в 1984 году. В настоящее время данный способ широко применяется в крупнейших клиниках мира для хирургического лечения всех видов пороков развития дистального отдела толстой кишки.

**Цель исследования.** Исследование клиники и результатов хирургического лечения методом ЗСПП больных с пороком развития аноректальной области.

**Материалы и методы.** Были изучены истории болезней 39 оперированных детей по поводу аноректальных пороков (болезнь Гиршспрунга, атрезия и эктопия анального отверстия и прямой кишки) в хирургическом отделении ДОГКБ г. Гродно в

период с 1997 по 2007 год.

**Результаты.** Все больные были разделены на две группы: первую составили дети с болезнью Гиршспрунга - 21 ребенок. Из них - 13 с ректо-сигмоидной формой, 8 - с ректальной. Вторую группу составили 16 детей с атрезией и эктопией анального отверстия и прямой кишки. Больные второй группы, в свою очередь, были разделены в зависимости от принадлежности к свищевой (8 детей) или безсвищевой (8 детей) форме. С промежностным свищом -1 ребенок, ректо-вестибулярным -5, ректо-промежностным-1, промежностно-прямокишечным -1. Все больные с атрезией госпитализировались в первые сутки и даже часы жизни (8 детей). Поводом к направлению в стационар было отсутствие отхождения мекония, признаки кишечной непроходимости. Остальные дети с атрезией были госпитализированы в более поздние сроки, а именно: 4 детей - в возрасте до 1 года, 2 - в возрасте до 2 лет, 4- в возрасте старше 2 лет. С болезнью Гиршспрунга 2 детей были госпитализированы в сроки до 1 мес., 3- до 2-х лет и остальные (16) старше 2-х лет. Основным методом диагностики при болезни Гиршспрунга была ирригография в прямой и боковой проекциях, при атрезиях - инвертограмма по Вангенстину. При сочетании порока со свищом применялась фистулография. Всем больным были произведены радикальные операции. Следует отметить, что первым этапом у большинства оперированных детей по поводу атрезий было превентивное наложение раздельной колостомы - 14 детей, 1 ребенку формировался противоестественный задний проход и 3 детям радикальная операция была выполнена сразу. Больным с болезнью Гиршспрунга сначала формировался anus praeternaturalis (7детей), затем следовало выполнение радикальной операции, а 14 детям было возможным выполнение одноэтапного радикального хирургического вмешательства (ЗСПП). Все дети выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. У 1 ребенка в послеоперационном периоде наблюдалась стриктура заднего прохода с недержанием кала. Избыток слизистой, требующий оперативного лечения, был у 2- х детей.

**Вывод:**

1. ЗСПП является основным методом хирургического лечения больных с атрезией прямой кишки и заднего прохода и дистальной формой болезни Гиршспрунга.
2. У детей, оперированных методом ЗСПП, наблюдаются хорошие и удовлетворительные результаты.

**Литература:**

1. Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я.. Детская хирургия. Руководство для врачей // М. «Медицина», 1970 г .
2. Баиров Г.А. Неотложная хирургия новорожденных. М., 1963 г.

## **РОЛЬ РЕФЛЮКС ГАСТРИТА В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

**Шульга Е.Р.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.*

**Введение.** Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) является актуальной проблемой хирургии.

Причины, приводящие к этому синдрому, многообразны, изучены они недостаточно, диагностика их порой весьма сложна, поэтому профилактика и лечение ПХЭС недостаточно эффективны.

**Материал и методы.** Нами обследовано 199 больных, поступивших в клинику с

таким диагнозом. Для обследования больных и определения степени дуоденогастрального рефлюкса использован эндоскопический метод – эзофагогастродуоденоскопия.

**Результаты и обсуждение.** Диагностированные патологические состояния как причина ПХЭС, относящиеся непосредственно гепатобилиарной системе, составили 37,2% (74 случая).

В 125 случаях причиной ПХЭС явилась патология смежных с гепатобилиарной системой органов, что составило 62,8% больных с данным синдромом. Среди этих пациентов в структуре ПХЭС заболевания поджелудочной железы составили 16,1% рефлюкс-эзофагит – 4,0%, хронический гастрит – 9,5%, рефлюкс-гастрит – 21,6%, язва желудка или 12-перстной кишки – 3,0%, заболевания почек – 3,5%, дуоденостаз – 1,5%, хронический колит и недостаточность илеоцекального клапана – по 1,0%, дивертикул 12-перстной кишки, рак толстой кишки и остеохондроз позвоночника – по 0,5%.

Как видно из представленных данных, наибольшее значение в структуре ПХЭС этой группы больных имеет рефлюкс-гастрит (43 случая), который эндоскопически расценен как поверхностный в 10 случаях (23,3%), атрофический – в 27 случаях (62,8%), гипертрофический – в 6 случаях (13,9%). При этом желчный дуоденогастральный рефлюкс в 14 случаях (32,6%) был первой степени, в 19 – второй степени (44,2%), в 10 – третьей степени (23,2%).

У 21 больного с рефлюкс-гастритом определено содержание желчных кислот в желудочном соке. Интенсивность дуодено-гастрального рефлюкса первой степени была в 9 случаях (42,9%), второй – у 8 больных (38,1%), третьей – у 4 (19,0%).

Кроме того, обращает на себя внимание то, что в 55,8% случаев при проведении фиброгастродуоденоскопии у всех больных с ПХЭС обнаружен был рефлюкс-гастрит.

Таким образом, такая желудочно-дуоденальная патология как дуодено-гастральный рефлюкс с последующим развитием рефлюкс-гастрита является одним из ведущих компонентов в возникновении ПХЭС.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОЗА РАКА ЯИЧНИКОВ**

*Шульга А.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

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

Рак яичников занимает особое место в структуре онкологических заболеваний. Это наиболее агрессивная злокачественная опухоль женской репродуктивной системы. Смертность от нее выше, чем от рака шейки матки и эндометрия, вместе взятых, а пятилетняя выживаемость, по данным различных авторов, не превышает 25-35%. Вместе с тем, используемые в настоящее время традиционные клинко-морфологические факторы не позволяют реально оценить злокачественный потенциал конкретной опухоли. Известно, что даже в пределах одной стадии заболевания и морфологической формы опухоли прогноз может существенно варьировать, что свидетельствует о необходимости поиска дополнительных прогностических факторов.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинко-морфологических особенностей эпителиальных новообразований яичников, оказывающих влияние на течение рака яичников. Материалом для исследования стали 126 наблюдений рака яичников, выявленных у женщин Гродненской области в 1999-2002 гг. в возрасте от 24 до 75 лет. Клинические сведения получены из амбулаторных карт, историй болезни пациентов и канцер-регистра Гродненского областного онкологического диспансера.

Комбинированная терапия больных проводилась по сходной схеме. Гистологические микропрепараты пересмотрены в соответствии с принятой для данной локализации опухоли Международной гистологической классификацией (ВОЗ, 2003). Помимо гистологической формы рака и степени его дифференцировки, проведена полуколичественная оценка соотношения стромального и паренхиматозного компонентов, клеточности стромы, выраженности ее лимфоидной инфильтрации и некрозов, плотности микрососудистого окружения и митотической активности опухолевых клеток.

Менее 1 года после установления диагноза и начала терапии прожили 22 пациента (17,5%), от года до пяти лет – 60 (47,6%), более 5 лет – 44 (34,9%).

У больных с I- II клинической стадией, выявленной в 45,2 % случаев (57 женщин), 5-летняя выживаемость составила 56,1%. При III - IV клинической стадии, установленной у 69 больных (54,8%), пятилетняя выживаемость составила лишь 14,5%. Также прослеживалась зависимость 5-летней выживаемости от степени дифференцировки рака. При высокодифференцированных (G1) опухолях она составила 52,5%, при умеренно-дифференцированных (G2) – 31,7%, а низкодифференцированных (G3) – 15,4%. При этом выявлено, что плотность микрососудистого окружения была выше в группе с выживаемостью больных от 1 до 5 лет и коррелировала с наличием метастазов. При выявлении умеренной и выраженной лимфоидной инфильтрации пятилетняя выживаемость составила 40,5%, при ее отсутствии или слабой степени выраженности она была несколько ниже и составила 30,9%. Анализ соотношения паренхиматозного и стромального компонентов рака яичника выявил обратную взаимосвязь между процентной долей эпителиального компонента в раковом узле и продолжительностью жизни больных. С уменьшением дифференцировки новообразования повышалось количество некрозов. В анализируемом материале выявлено 9 первично-множественных опухолей с локализацией одного узла в яичнике. Рак яичников сочетался с новообразованиями матки (4 случая), молочной железы (4 случая), толстого кишечника (1 случай). Во всех наблюдениях прогноз заболевания ухудшался. При двустороннем поражении яичников пятилетняя выживаемость составила 19,6%, а при одностороннем поражении 55,5%.

Таким образом, помимо общепринятых критериев оценки инвазивного и метастатического потенциала рака яичников, включающих определение гистологической дифференцировки новообразования и ее клинической стадии, требуется тщательный анализ, выяснение роли ряда стромальных компонентов опухоли, что возможно при иммуногистохимическом исследовании.

## **АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО РОДИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЯМ БСМП**

***Щерженя М.П., Горбач А.Е.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

*Научные руководители - Белуга В.Б.; Шейбак Л.Н.*

Одной из важнейших проблем практического акушерства является проблема иммунологии беременности и родов. В ряде случаев иммунологическая несовместимость между матерью и плодом становится причиной тяжелых нарушений эмбриогенеза и постнатального развития. Гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) до сих пор занимает одно из первых мест среди заболеваний у новорожденных и может способствовать инвалидизации в последующем.



**Цель:** выявление частоты встречаемости ГБН родильных отделений БСМП, определение особенности клинических проявлений и наличие возможных отклонений в соматическом статусе в последующем.

**Результаты:** проведено ретроспективное исследование 40 историй родов и историй развития новорожденных с ГБ. Возраст женщин составил 19-36 лет. У 67,5% женщин беременность протекала на фоне различных инфекций (ОРЗ - 16 случаев, герпес - 2 случая, токсоплазмоз - 6 случаев), причем у 2/3 из них отмечалась гинекологическая патология (эрозия шейки матки 18 случаев аднексит - 4 случая, кисты яичников - 2 случая). Дети родились от 1-ой беременности и 1-ых родов в 37,5% случаев, 62,5% детей родились от 2-ой и последующих беременностей. У 22,5% женщин были выкидыши и прерывания предыдущих беременностей. 17,5% детей родились кесаревым сечением, причем 12% плановым. Дети родились с массой тела в среднем  $4370 \pm 90$  г. У них отмечались проявления острой интранатальной асфиксии и оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте жизни была не менее 8 баллов. У 70% детей отмечались клинические признаки хронической внутриутробной гипоксии (сухость кожи, зеленоватое окрашивание околоплодных вод, неврологическая дисфункция). У 12,5% детей отмечалась клиника синдрома внутриутробного инфицирования. ГБН по Rh-фактору отмечалась у 2 детей, у 95% новорожденных гемолитическая болезнь была по системе АВО. При этом у 30 детей была А (II) группа крови, а у 10 - В (III). Пуповинный билирубин у детей исследуемой группы составил  $54,6 \pm 3,01$  мкмоль/л. Почасовой прирост билирубина равен  $6,48 \pm 0,9$  мкмоль/л/ч. Показатели красной крови составили: эритроциты -  $5,2 \pm 0,7 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин -  $178 \pm 2,86$  г/л. Анемическая форма ГБН отмечалась у 40% детей, желтушная - у 60%. Отечной формы ГБН не было.

Лечение новорожденных с гемолитической болезнью проводилось консервативное, использовались такие лекарственные препараты как белосорб, хофитол, магния сульфат, а также фототерапия продолжительностью не менее 72 часов, очистительные клизмы. Дети продолжали кормиться грудью в 30% случаев. Другие новорожденные кормились смесями по причине гипогалактии. Выписывались новорожденные дети из роддома по мере выздоровления в среднем на  $9,7 \pm 0,5$  сутки.

**Выводы:** у новорожденных детей чаще отмечалась гемолитическая болезнь по системе АВО, течение которой было не тяжелым. Консервативное лечение, проводимое в родильных отделениях БСМП, было эффективным и выписка новорожденных не задерживалось.

## ИЗМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОВЫ И ЛИЦА В ПРОЦЕССЕ РОСТА

*Юхо Л.И.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Щербакова М.Н.*

Материалом для исследования послужили данные антропометрического измерения головы и лица 480 лиц 8 возрастных групп (новорожденные, 1, 3, 6, 9, 12, 14, 18 лет). Изучены 24 абсолютных и 21 относительных показателей.

В процессе роста от рождения до 18 лет происходит увеличение всех размеров головы и шеи, однако, подчиняясь определенным закономерностям, этот процесс для разных признаков протекает неодинаково. Более интенсивный рост отмечается в 1-й год жизни. Так, высота мозгового черепа и длина шеи увеличиваются на 52,6% и 55,9% у мальчиков, и на 50,3% и 42,2% у девочек, соответственно, в то время как нижняя высота лица увеличивается на 17,9% у мальчиков и 13,5% - у девочек.

В период от 1 года до 3-х лет длина шеи растет еще более интенсивно и за весь изучаемый возрастной период ее длина увеличивается в 4,5 раза, тогда как высота головы – только в 1,8 раза.

Коэффициенты вариации для большинства показателей колеблются от 2,5% до 8%. Отдельные мелкие размеры в области лица (длина фильтра, межглазничный размер, высота каймы губ) обладают более высокой степенью изменчивости, чем основные размеры головы.

В силу неравномерности роста абсолютных показателей происходит изменение формы и пропорций в области головы, вследствие чего характер изменений относительных показателей очень разнообразен. Такие индексы как лобный диаметр/поперечный диаметр головы, верхняя высота лица/морфологическая высота лица, длина ушной раковины/высота головы с возрастом достоверно не меняется.

Отмечается снижение до 20% отношения высоты головы к длине туловища, относительных показателей длины фильтра и ширины рта и особенно в первые 6-7 лет резко снижается носовой указатель. Головной указатель в 1-й год жизни увеличивается на 8-10%, а затем почти не изменяется.

В нашем исследовании около 2,5-3,5% антропометрических показателей отклонялись за пределы  $\pm 2$  сигмы. Эти единичные крайние варианты можно рассматривать как малые аномалии развития, наблюдаемые с такой частотой у здоровых индивидуумов.

## **ВЛИЯНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА**

***Якимович О.Н., Кулан О.А.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Военная кафедра, кафедра общей гигиены и экологии*

*Научные руководители - к.м.н., доц. Ивашин В.М.; ассист. Мойсеенок Е.А.*

Долгие годы селен считался ядом. Он действительно яд! Но только в определенных дозах. Селен-это биологически активный микроэлемент, входящий в состав большинства гормонов и ферментов, поступление которого, наряду с другими микроэлементами необходимо для поддержания нормального функционирования организма. Селен участвует в обмене белков и нуклеиновых кислот, входит в состав ферментов и гормонов, участвует в реакциях иммунитета, воспаления и регенерации. Селеносодержащие белки формируют костную и хрящевую ткани, поддерживают работу скелетных и гладких мышц, контролируют гормональный баланс.

Биологическая роль селена связана с его антиоксидантными свойствами, обусловленными участием селена в построении, в частности, одного из ключевых антиоксидантных ферментов-глутатионпероксидазы.

Селен в основном поступает в организм с продуктами питания. Он присутствует в яичном белке, курином мясе, луке, чесноке, грибах, злаках, но в большей степени - в морепродуктах.

*Сердечно-сосудистая система.* Селен участвует в активном выведении из организма тяжелых металлов: ртути, марганца, свинца, кадмия. Он входит в состав фермента глутатион-пероксидазы, участвующей в антиокислительной системе организма, тем самым защищая наше сердце от действия свободных радикалов. Селен уменьшает кислородное голодание тканей сердца, снижает действие токсических лекарств на сердце. В тех регионах, где потребление селена в суточном рационе ниже нормы в 2-2,5 раза или ежедневное потребление элемента всего 7 мкг, наблюдаются такие заболевания, как болезнь Кешана и Кашина-Бека.

*Иммунная система.* Селен - один из самых важных элементов, участвующих в

защите организма от раковых клеток (в первую очередь, рака легких, простаты, толстой и прямой кишки, рака матки и шейки матки). Кроме того, участвует в иммунологической защите организма от вирусов, и не только вирусов гриппа, но и таких заболеваний, как вирусный гепатит, герпес, лихорадка Эбола.

Микроэлемент селен посредством участия в активных ферментах способствует уменьшению разрушительного действия ионизирующего излучения, низкоэнергетического и ультрафиолетового излучения, высокочастотных колебаний. Человек с высоким содержанием селена в организме значительно легче переносит дозу ионизирующего облучения, менее восприимчив к нему.

Селен формирует несколько ферментов, которые участвуют в синтезе гормона щитовидной железы - тироксина. В результате нехватки этих ферментов, в том числе, дезиодогеназы, снижается количество трийодтиронина. Организм получает задание увеличить плацдарм для выработки данного гормона, в результате чего начинает расти и увеличиваться щитовидная железа. Прием селена в достаточных количествах предотвращает все эти патологические процессы, способствующие увеличению железы.

Прием селеновых препаратов не только замедляет процесс старения, но и отодвигает его, т.к. селен увеличивает продолжительность жизни клеток организма. Имеются наблюдения о том, что у мужчин после нескольких лет отсутствия восстанавливалась потенция. У женщин намного легче протекает климактерический период. Медлительность - закон победы. Такой принцип является основополагающим в некоторых восточных единоборствах, и не только там. Вдумчиво, аккуратно выполняя свою задачу, селен может принести нашему организму максимум пользы. Нам остается только воспользоваться этим предложением. Кстати, говорят, что, если регулярно принимать селен, тропа к врачам может вовсе зарастить.

## **ВЛИЯНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРОВ К ЭСТРОГЕНУ И ПРОГЕСТЕРОНУ**

***Яковец Д.С., Жигулич С.П.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины*

*Научный руководитель - Гриб А.К.*

При гистологическом исследовании рака молочной железы (РМЖ) важное клиническое значение имеет определение рецепторного статуса опухоли, так как эстроген и прогестерон участвуют в возникновении и прогрессировании РМЖ. Наибольшее распространение получил иммуногистохимический (ИГХ) метод определения экспрессии рецепторов эстрогена (РЭ) и прогестерона (РП), так как позволяет визуально оценить наличие рецепторов именно в опухолевой ткани, а также провести исследование на архивном материале. Однако ИГХ является достаточно трудоемким и дорогостоящим методом, поэтому целью данного исследования явилось выделение гистологических особенностей РМЖ, доступных при рутинном патогистологическом исследовании, на основании которых можно судить об отсутствии экспрессии РЭ и РП.

Материалом для данного исследования послужили 80 случаев РМЖ, полученных после радикальной мастэктомии. РЭ и РП определялись методом ИГХ (иммунопероксидазная реакция) с моноклональными антителами фирмы "DAKO". Оценка реакции производилась по 8-бальной шкале (1-5 процент позитивных клеток + 1-3 интенсивность реакции) [1]. При гистологическом исследовании оценивались

следующие параметры: гистологический вариант, grade, митотическая активность (количество митозов в 5 поля зрения на увеличении  $\times 400$ ), особенности гистоархитектоники (солидный рост, протоковые, папиллярные структуры и т.д.).

При анализе материала 59 (73,75%) случаев составил инфильтрирующий протоковый рак, 17 (21,25%) - дольковый, 2 (2,5%) - слизистый и 2 (2,5%) - папиллярный. При анализе влияния гистологического варианта (Kruskal-Wallis test) отмечалось снижение экспрессии РЭ в протоковых РМЖ ( $p=0,02$ ,  $\chi^2=4,73$ ) по сравнению с дольковыми раками, экспрессия РП достоверно не отличалась ( $p=0,12$ ,  $\chi^2=2,23$ ). При анализе влияния grade на выраженность экспрессии РЭ и РП (непараметрический критерий Spearman) получены обратные корреляционные связи как для РЭ ( $R_s=-0,29$ ,  $p=0,007$ ), так и для РП ( $R_s=-0,22$ ,  $p=0,04$ ). Далее мы провели корреляционный анализ выраженности экспрессии РЭ и РП в зависимости от митотической активности опухоли - РЭ ( $R_s=-0,43$ ,  $p=0,00005$ ), РП ( $R_s=-0,37$ ,  $p=0,0005$ ). Как видно из приведенного первичного анализа, наиболее достоверно отмечается снижение уровня РЭ в низкодифференцированных протоковых раках, с высокой митотической активностью. Учитывая эти данные, на следующем этапе, в группе протоковых раков, мы выделили опухоли, в которых не выявляются оба вида рецепторов (в группе дольковых раков таких опухолей не оказалось). Количество таких опухолей составило 19 (30, 2%), непараметрическим критерием Kruskal-Wallis test ( $p=0,003$ ,  $\chi^2=18,02$ ) нами выявлено, что в группе протоковых раков наиболее высокую митотическую активность имеют опухоли, обладающие только солидным ростом, имеющие мало стромы и характеризующиеся наличием некрозов.

Таким образом, нами установлено, что инфильтрирующий РМЖ, происходящий из протокового эпителия, характеризующийся высокой митотической активностью и солидным ростом с преобладанием паренхиматозного компонента, характеризуется отсутствием экспрессии рецепторов эстрогена и прогестерона.

Литература:

1. Leake, R. Immunohistochemical detection of steroid receptors in breast cancer: a working protocol / R. Leake [et al.] // J. Clin. Pathol. – 2000. – Vol. – 53. – P. 634–635.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ**

***Яковчик Н.Г., Мукосей Е.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

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

В современном мире общепринятым является то, что психогенные факторы способствуют соматическим нарушениям во время беременности и любую угрозу ее прерывания следует рассматривать как совокупность физических и психических процессов. Дополнительный стресс, внутренние переживания или сдержанная агрессия могут являться пусковым механизмом для изгнания плода. При соответствующей психокоррекционной работе психоэмоциональные состояния могут быть сбалансированы, а личностные конфликты разрешены, что приводит к снижению психоэмоционального напряжения.

**Цель работы:** изучение психоэмоционального статуса беременных женщин с угрозой преждевременных родов.

**Материалы и методы исследования:** нами проведен анализ психоэмоционального статуса женщин с угрозой прерывания беременности. Первая



группа, исследуемая, состоящая из 85 женщин в возрасте от 18 до 40 лет, сроками гестации от 22 до 37 недель, находящихся на лечении в ГОКРД, и группа сравнения, включающая 30 пациенток в той же возрастной категории, идентичных сроках гестации, находящихся на учете в ЖК№5 с нормально протекающей беременностью. При анкетировании использованы тест Зунга для определения уровня депрессии и опросник Спилберга-Ханина для оценки ситуативной и личностной тревожности. (Высокий уровень – чрезвычайная нервозность, неустойчивость эмоционального состояния; средний уровень – эмоциональная стабильность, хорошая адаптация в стрессовых ситуациях; низкий уровень – депрессивное, ареактивное состояние).

**Результаты:** распределение женщин по возрасту: 43 человека (50,6%) - 19-24 лет, 21 (24,7%) - 25-29 лет, 12 (14,1%) - 30-35 лет, 5 (5,9%) старше 35 лет, 4 (4,7%) - до 18 лет. По шкале депрессии Зунга в группе сравнения легкая депрессия выявлена у 4 человек (15,4%), ее отсутствие - у 26 (84,6%); в исследуемой группе – легкая депрессия – у 28 человек (32,9%), умеренная депрессия – 5 (5,9%), выраженная – у 1 (1,2%). По опроснику Спилберга-Ханина в группе сравнения высокий уровень реактивной тревожности у 4 человек (13,3%), средний – у 21 (70%), низкий – у 5 (16,7%), а в исследуемой - высокий уровень тревожности у 35 человек (41,2%), средний – у 41 (48,2%), низкий – у 9 (10,6%). Личностная тревожность: в группе сравнения высокий ее уровень у 7 человек (23,3%), средний – у 21 (70%), низкий – у 2 (6,7%), а в исследуемой группе высокий уровень – у 34 (40%), средний – у 49 (57,6%), низкий - у 2 женщин (2,4%).

Из генитальной патологии чаще всего сопутствовали: ОАА - у 15 человек (17,6%), ИЦН - у 12 (14,1%), ФПН - у 11 (13%), многоводие – у 5 (5,9%), патология прикрепления плаценты – у 10 (11,8%), эрозия шейки матки – у 7 женщин (8,2%); из экстрагенитальной – патология почек у 19 женщин (22,3%), ССС у 15 (17,6%), глаз у 12 (14,1%).

#### **Выводы:**

1. Нарушения эмоциональной сферы встречаются у большинства пациенток с угрозой прерывания беременности и носят более выраженный характер, чем у женщин с нормально протекающей беременностью. 2. У пациенток с угрозой прерывания беременности достоверно выявлен высокий уровень ситуативной тревожности 41,2% (в группе сравнения – 13,3%) –  $P < 0,05$ , а средний – достоверно снижается: 48,2% против 70% –  $P < 0,05$ . 3. Высокий уровень личностной тревожности также достоверно выше  $P < 0,05$  и составляет 40% у женщин с угрозой и 23,3% - в группе сравнения. 4. При оценке психоэмоционального статуса по шкале Зунга в группе сравнения была выявлена только легкая депрессия - в 15,4%, а в исследуемой - 32,9% (в 2 раза чаще) –  $P < 0,05$ . Кроме того, в исследуемой группе наблюдались умеренная депрессия - 5,9% и выраженная - 1,2%. 5. Учитывая выраженную тревожность и значительное преобладание легкой депрессии в исследуемой группе, угроза прерывания беременности требует не только медикаментозной коррекции, но и оказания психотерапевтической помощи.

## **ПОВЕРХНОСТНАЯ ЛАДОННАЯ ДУГА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ**

**Янушко Д.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

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

Изучение анатомии артерий с позиций учения В.Н. Шевкуненко в свете

предложенных новых критериев границ анатомической нормы является перспективным и новым. Зная генетический статус пробанда, мы имеем возможность проследить значимость наследственной составляющей в развитии артерий верхней конечности.

**Цель исследования:** изучить анатомическую изменчивость формы и вида поверхностной ладонной дуги кисти у плодов и новорожденных с недифференцированными множественными врожденными пороками развития (НМВПР) в сравнении с контрольной группой - новорожденных, умерших от асфиксии или родовой травмы без видимых пороков развития.

Исследованы артерии кисти на 40 препаратах верхних конечностей (правых и левых) 20 трупов плодов и новорожденных обоего пола в 2 группах исследуемых: группа с НМВПР (20 препаратов) и группа, с которой сравнивались полученные результаты – новорождённые, умершие от асфиксии или родовой травмы без видимых пороков развития (20 препаратов).

**Методы исследования:** макромикропрепарирование, морфометрия, статистический анализ.

Поверхностная ладонная дуга, *arcus palmaris superficialis* (ПЛД), на 16 препаратах (80%) с обеих сторон образуется непосредственным продолжением локтевой артерии (локтевая форма ПЛД)- контроль на 16 препаратах (80%) ( $P > 0,05$ ). Лучелоктевая форма ПЛД с обеих сторон выявлена на 2 препаратах (10%) только в контроле. То же самое и с переходной формой ПЛД, т.е. в контроле в 10%. Локтелучевая форма отмечена на 1 препарате (5%) при НМВПР ( $P > 0,05$ ). Локтесрединная форма отмечена на 2 препаратах при НМВПР ( $P > 0,05$ ). Достоверное отсутствие ПЛД при этой патологии отмечено на 4 препаратах (20%) ( $P < 0,05$ ).

Варианты вида ПЛД представлены в таблице 1, из которой видно, что достоверное отличие в видах дуг отмечено на 6 препаратах слева (60%) при НМВПР ( $P < 0,05$ ).

Таблица 1

| Вид ПЛД | Виды ПЛД (в %)             |       |               |       |
|---------|----------------------------|-------|---------------|-------|
|         | Контрольная группа (n= 10) |       | НМВПР (n= 10) |       |
|         | справа                     | слева | справа        | слева |
| Косой   | 70                         | 80    | 30            | -     |
| Пологий | 10                         | 10    | 30            | 20    |
| Крутой  | 20                         | 10    | 20            | 60*   |

Примечание: достоверное отличие с контролем \* ( $P < 0,05$ )

Наружный диаметр локтевой артерии у места отхождения от нее глубокой ладонной ветви и поверхностной ладонной ветви лучевой артерии представлен в таблице 2.

Таблица 2

**Наружный диаметр ( $X \pm S_x$ ) артерий, участвующих в формировании ПЛД (в см)**

| Артерии кисти                                   | Контрольная группа (n= 10) |           | НМВПР (n= 10) |            |
|-------------------------------------------------|----------------------------|-----------|---------------|------------|
|                                                 | Справа                     | Слева     | Справа        | Слева      |
| 1. Локтевая артерия                             | 0,13±0,02                  | 0,13±0,02 | 0,07±0,01     | 0,07±0,01  |
| 2. Поверхностная ладонная ветвь лучевой артерии | 0,07±0,02                  | 0,07±0,02 | 0,1±0,01***   | 0,09±0,02* |

Примечание: достоверное отличие с контролем:\*\*\* ( $P < 0,001$ ); \* ( $P < 0,05$ )

Таким образом, в результате исследования впервые получены новые данные по анатомической изменчивости ПЛД кисти у плодов и новорожденных при НМВПР.

Изменения наследственного материала приводят к повышению variability артерий верхней конечности, что свидетельствует о значении наследственных факторов в происхождении индивидуальной анатомической изменчивости артерий кисти. Результаты нашего исследования могут быть применены не только в теоретической части, восполнив пробелы ангиогенеза, но и в практической медицине при коррекции пороков верхней конечности.

## **К ВОПРОСУ О ТОПОГРАФИИ НЕКОТОРЫХ ПРИСТЕНОЧНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ**

**Яхо Л.И.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – ст. преподаватель Щербакова М.Н.*

Методом макропрепарирования на 10 трупах взрослых людей обоего пола изучались поясничные и срединная крестцовая артерии.

Во всех исследуемых случаях 4 пары поясничных артерий отходили от задней стенки брюшной аорты, имели горизонтальное направление, проходили позади симпатического ствола и направлялись к мышцам задней брюшной стенки. На 1 трупе присутствовали 5-е поясничные артерии, отходящие от общих подвздошных артерий.

Как правило, верхние поясничные артерии располагались на уровне межпозвоночного диска между XII грудным и I поясничным позвонками, нижние – на уровне тела IV поясничного позвонка.

В двух случаях 3-и поясничные артерии, правая и левая, отходили в одном месте, практически одним стволом. В одном случае правая нижняя поясничная артерия отходила от левой тонким стволком.

Срединная крестцовая артерия присутствовала всегда. Местом отхождения ее была задняя стенка аорты выше бифуркации на 0,5-1 см, за исключением трех случаев, когда она отходила от нижних поясничных артерий: в двух случаях – от левой, и в одном – от правой.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ВОПРОСАХ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ**

**Хилько О.С., Сазонова Н.В., Устинова О.С.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра акушерства и гинекологии*

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

**Актуальность** темы связана с возрастанием во всем мире интереса к гормональной контрацепции.

**Целью** работы было выявление информированности женщин репродуктивного возраста в вопросах гормональной контрацепции.

**Материал и методы:** анкетирование 70 женщин репродуктивного возраста (18-45 лет) г. Гродно.

**Результаты.** Проанкетированные женщины были разделены на 2 группы. Первая группа - женщины, имеющие опыт приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК), 18 человек (25,7%). Вторая группа - женщины, не принимавшие КОК, 52 человека (74,3%). Среди женщин первой группы преобладали женщины с

высшим образованием - 66,7%, со средним образованием - 22,2%, и со средним специальным - 11,1%. Среди женщин, не принимавших КОК, высшее образование имели - 34,6%, среднее специальное - 25,0%, среднее - 19,2%, не имели образования - 1,9%. Источник информации о существовании КОК: у женщин с высшим образованием наиболее часто встречался ответ «узнала от подруг» - 21,25%, «от гинеколога» - 17,5%, «из СМИ» - 16,25%, «от знакомых» - 11,25%, «из журналов» - 22,5%, «самостоятельно принимали» - 6,25%, «от терапевта» - 3,75%, не знают о КОК - 1,25% респондентов. Среди женщин со средним специальным образованием наиболее часто встречался ответ «от гинеколога» - 32,5%, «от подруг» - 17,5%, «от знакомых» - 15%, «из СМИ» - 12,5%, «не знают о КОК» - 5%, «из журналов» - 17,5%. Среди женщин со средним образованием преобладали ответы «из журналов» и «от гинеколога» по - 22,7 %, далее следуют ответы «от подруг» - 18,2%, «из СМИ» - 13,6%, «от знакомых» - 9,1%, «не знают о существовании гормональной контрацепции» - 13,6%.

**Выводы:** выявлено, что КОК ограниченно используются женщинами репродуктивного возраста. Это связано с недостаточной информированностью женщин в вопросах контрацепции. По результатам исследования установлено, что уровень информированности не связан с уровнем образования.



## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....                                                      | 3  |
| СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ.....                                         | 4  |
| ВОЗДЕЙСТВИЕ ОДНОТОНОВЫХ БИНАУРАЛЬНЫХ БИЕНИЙ НА ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ.....                                                         | 5  |
| АНАЛИЗ СВЯЗИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ С АЛКОГОЛЬНЫМ ОПЬЯНЕНИЕМ В Г. МИНСКЕ ЗА 2004-2006 гг.....                                                  | 6  |
| ГЕМАТУРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ.....                                                                                        | 7  |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ ПОДБОРА ЭФФЕКТИВНЫХ ДОЗ БИСОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... | 8  |
| МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ЖИВОТНЫХ КАК СПОСОБ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ЭТАНОЛА И ЕГО ПРОИЗВОДНЫХ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....                 | 9  |
| ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА Q-T У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА.....                                           | 11 |
| МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПАНСЕРНЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГАСТРИТОМ И ГАСТРОДУОДЕНИТОМ.....                                               | 12 |
| ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КРЫС ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА.....                                       | 13 |
| ПРИМЕНЕНИЕ МИДОКАЛМА В ЛЕЧЕНИИ СУСТАВНОЙ ФОРМЫ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....                                                                       | 14 |
| ОТНОШЕНИЕ К КОСМЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ПАЦИЕНТОК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА.....                                                          | 15 |
| ОТНОШЕНИЕ К КОСМЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЖЕНЩИН, ПОСЕЩАЮЩИХ ЦЕНТР КРАСОТЫ И ЗДОРОВЬЯ.....                                                            | 15 |
| ЗАРОЖДЕНИЕ КОСМЕТИКИ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ.....                                                                                                      | 16 |
| ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В ГОРОДЕ ГРОДНО В 1990-2005 гг.....                                                                           | 17 |
| АЛКОГОЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ МОЗГА: ТИПОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....                                                                                           | 18 |
| ВЛИЯНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ НА РЯД ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА.....                                                            | 19 |
| ВЛИЯНИЕ БЕТАКСОЛОЛА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ.....                                              | 20 |
| ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ.....                                          | 21 |
| АНАЛИЗ ПРИЧИН УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....                                                                                               | 22 |
| ЛОКТЕВАЯ АРТЕРИЯ И ЕЁ ВЕТВИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.....                  | 24 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ г. ГРОДНО.....                                                                                  | 25 |
| ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....                                                                                      | 26 |
| АНАТОМИЯ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ НИЖНЕГО ТАРАННОГО СУСТАВА.....                                                                                  | 27 |
| ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЯВЛЕНИЯ АКУСТИЧЕСКОЙ ЭМИССИИ В МЕДИЦИНЕ И БИОФИЗИКЕ.....                                                              | 28 |
| АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ, ХАРАКТЕРА И СОДЕРЖАНИЯ БРЕДОВЫХ ИДЕЙ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....                                     | 30 |

|                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| АНАТОМИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ.....                                                                                                                              | 30 |
| ЗАИМСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ .....                                                                                     | 31 |
| МИКРОБИОЦЕНОЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВВЕДЕНИИ ЭТАНОЛА И ЭКСТРАКТА КУКОЛОК<br>КИТАЙСКОГО ДУБОВОГО ШЕЛКОПРЯДА .....                                        | 32 |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ СО<br>СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ .....                                                  | 33 |
| О ПОВСЕДНЕВНОЙ И СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ ДРЕВНЕЙ РУСИ И ОСТРОВА МАВРИКИЙ .....                                                                                       | 34 |
| ХАРАКТЕРИСТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ.....                                                                                          | 35 |
| ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ВЗРОСЛЫХ .....                                                                                               | 36 |
| СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ<br>ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА.....                              | 37 |
| КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ И КАРБАМАЗЕПИНА ПРИ МОНОТЕРАПИИ<br>ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ.....                                                     | 39 |
| АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПОРОКОВ У АБОРТИРОВАННЫХ ПЛОДОВ.....                                                                                                       | 40 |
| РОЛЬ СОСТОЯНИЯ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ ВНЕМАТОЧНОЙ<br>БЕРЕМЕННОСТИ.....                                                                   | 41 |
| МИФЫ О БЛИЗНЕЦАХ.....                                                                                                                                       | 42 |
| ОБРАЗОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ БЛИЗНЕЦОВ .....                                                                                                                      | 43 |
| СТАНОВЛЕНИЕ ГЕМЕЛЛОЛОГИИ.....                                                                                                                               | 44 |
| КЛАССИФИКАЦИЯ НЕОЛОГИЗМОВ ПО СПОСОБУ ФОРМИРОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ<br>ЯЗЫКЕ.....                                                                    | 45 |
| ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И РАННЕЙ АДАПТАЦИИ<br>НОВОРОЖДЕННЫХ .....                                                       | 47 |
| ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА В АКСИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ У СТУДЕНТОВ ГГМУ РАЗЛИЧНОГО<br>ПОЛА .....                                                               | 48 |
| ГАЗОВЫЙ СОСТАВ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПУПОВИННОЙ КРОВИ.....                                                                                          | 49 |
| О БЕЗОПАСНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИКОРАСТУЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В НАПРЯЖЕННОЙ<br>ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СРЕДЕ ОБИТАНИЯ .....                                        | 50 |
| КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕТИНОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ.....                                                                                             | 51 |
| НАРУШЕНИЕ ЦИРКАДНОГО РИТМА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ<br>ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....                                                        | 52 |
| ОСОБЕННОСТИ РЕАКТИВНОСТИ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПЕРИОД НОЧНОГО СНА У<br>БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ПАРОКСИЗМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ ..... | 53 |
| ОЦЕНКА РЕАКТИВНОСТИ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В ПРЕДУТРУННИЙ ПЕРИОД У<br>ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....                      | 54 |
| ВОЗМОЖНОСТИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ В ОЦЕНКЕ<br>ЦИРКАДНОГО РИТМА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....                                    | 55 |
| РОД ХАДКЕВІЧАЎ І БЕРАСТАВІЦА.....                                                                                                                           | 57 |
| ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, КАК МЕТОД ИНДУКЦИИ ОВУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ.....                                                                          | 58 |
| ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ АД НА ПЛЕЧЕ И НА ПАЛЬЦЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ<br>ВО ВРЕМЯ АКТИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ .....                          | 59 |
| ОЦЕНКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ СТУДЕНТОВ ГРОДНЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА .....                                                                              | 60 |

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РУССКИХ И ФРАНЦУЗСКИХ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИХ ЕДИНИЦ С КОМПОНЕНТОМ ТОПОНИМОМ.....                                       | 61 |
| ОСОБЕННОСТЬ СЕРДЕЧНОГО ИНДЕКСА И ОБЪЕМНОЙ СКОРОСТИ ИЗГНАНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ ЮНОШЕЙ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ.....                  | 62 |
| ТРАНСПОРТ ГЛЮКОЗЫ В ТОНКОЙ КИШКЕ И НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ КОНСТАНТЫ КРОВИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ.....                    | 63 |
| НАЦЫЯНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА БЕЛАРУСАЎ І НЕМЦАЎ ПРАЗ ПРЫЗМУ ПРЫКАЗАК І ПРЫМАВАК, ЯКІЯ АДЛЮСТРОВАЮЦЬ МЕЖАСАБОВЫЯ ЗНОСІНЫ.....                 | 64 |
| ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ.....                                        | 65 |
| СВЯТЫЕ МУЧЕНИКИ АНТОНИЙ, ИОАНН, ЕВСТАФИЙ.....                                                                                         | 67 |
| НИТРОЗИЛИРУЮЩИЙ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....                            | 68 |
| УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ.....                                                                             | 69 |
| КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ.....                                                                               | 70 |
| ПАРАМЕТРЫ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ.....                                                                      | 71 |
| НЕЙРОИНФЕКЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.....                                          | 72 |
| БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕХАНИЗМОВ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕРВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....                                                               | 73 |
| АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....                                                                    | 74 |
| ПАРИЕТАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ ЖЕЛУДКА 15-СУТОЧНЫХ КРЫСЯТ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА, ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО ВЫЗВАННОГО В ПЕРИОД ФЕТОГЕНЕЗА..... | 75 |
| КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ.....                                                                                | 76 |
| ВЛИЯНИЕ СТАТИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ.....                              | 77 |
| ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА.....                                    | 78 |
| РАЦИОНАЛЬНОСТЬ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ.....                                            | 79 |
| РИСК РАЗВИТИЯ ОСТЕОПОРОЗА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ.....                                                                         | 80 |
| ТЕАТРАЛИЗАЦИЯ ПОЛИТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.....                                                                                             | 81 |
| ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ДЕВУШЕК ПЕРВОГО КУРСА УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ».....              | 82 |
| ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ Н РYLOPI И КОРРЕКЦИЯ ИХ ЭССЕНЦИАЛЕ Н.....                                                     | 83 |
| ОЦЕНКА СВОЙСТВ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИМ.....                                                                 | 84 |
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....                                                                    | 85 |
| БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ.....                          | 87 |
| СИНДРОМ ОСТРОГО СТРЕСС-ОБУСЛОВЛЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ.....         | 88 |
| ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА.....                                                                        | 89 |
| КОММУНИКАЦИЯ КАК ФАКТОР КУЛЬТУРЫ.....                                                                                                 | 90 |

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| СРАВНИТЕЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЦЕЛЛЮЛЁЗЫ И АМИЛОЗЫ ОКСИДАМИ АЗОТА.....                                                                                         | 91  |
| РОЛЬ ПЕЧЕНИ В ФУНКЦИОНИРОВАНИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ.....                                                                                                    | 92  |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛОКРЕНА И ХАРТИЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ГЕМОДИНАМИКИ.....                                       | 93  |
| ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА.....                                                                                                          | 94  |
| МЕТОД РЕВИЗИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ДРЕНАЖЕЙ.....                                                                                 | 95  |
| ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА МИКРОФЛОРУ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПЕРИТОНИТОВ.....                                                            | 96  |
| ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕСТИРУЮЩЕЙ СРЕДЫ WEB TEST SERVICE.....                                                           | 97  |
| ЛЕКСИКО-ГРАММАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА.....                                                                                 | 98  |
| ГРЕЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ И СОВРЕМЕННАЯ ОБРАЗОВАННОСТЬ.....                                                                                                    | 99  |
| СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ г. ГРОДНО КАК КРИТЕРИЙ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ.....                                                            | 100 |
| ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ.....                                                                        | 101 |
| КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ КАК ПРИЧИНА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ.....                                                                                                          | 102 |
| ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ В 1920 гг.....                                                    | 103 |
| АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КРИПТОРХИЗМА У МАЛЬЧИКОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА.....                                                                            | 104 |
| РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОЙ СВЯЗИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ И АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН.....                                             | 105 |
| ГИБРИДНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ.....                                                                              | 107 |
| ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ШКОЛАХ МАТЕРЕЙ.....                                                                                   | 108 |
| ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ.....                                                                      | 110 |
| ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЁННОСТИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ.....                                 | 111 |
| РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ПОСЛЕ ТИМПАНОПЛАСТИКИ.....                                                                      | 112 |
| ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ.....                                                                                          | 113 |
| СИНТЕТИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ.....                                                                       | 114 |
| ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....                                                                                        | 115 |
| ВЛИЯНИЕ ТИМОЛОЛА НА ДИНАМИКУ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ.....                                                       | 116 |
| СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ (ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ).....                                                         | 117 |
| КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЗОТЕЛИОМ.....                                                                                                  | 118 |
| КОМПЛЕКСНЫЙ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ МЕДИАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... | 119 |
| ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА.....                                                                             | 120 |
| ОСОБЕННОСТИ ПАЛЬЦЕВОЙ ДЕРМАТОГЛИФИКИ МУЖЧИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА.....                                                                             | 121 |



|                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| РОЛЬ ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....                                                                                               | 122 |
| ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ - ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА КАРДИОТОКСИЧНОСТИ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ<br>АНТИБИОТИКОВ .....                                                           | 123 |
| АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ с АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ .....                                                                                       | 124 |
| ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ СОВРЕМЕННОГО РУССКОГО ЯЗЫКА СО ЗНАЧЕНИЕМ ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦА, ИХ<br>ПРОТОТИПЫ, ВИДЫ ОБРАЗНОСТИ.....                                              | 125 |
| ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ.....                                                                                             | 126 |
| ЭПОХАЛЬНАЯ ТЕНДЕНЦИЯ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН г. ГРОДНО.....                                                                                                    | 127 |
| СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У<br>ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ .....                                                   | 128 |
| РАЗВИТИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ.....                                                                                                              | 129 |
| ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО<br>АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....                                                     | 130 |
| ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ И СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ ЛЕЧЕБНО-<br>ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ И г. ГРОДНО .....                     | 131 |
| МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С АКНЕ .....                                                                                                  | 132 |
| УХОД ЗА КОЖЕЙ ПОДРОСТКОВ С АКНЕ.....                                                                                                                      | 133 |
| ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О ПРОБЛЕМЕ АКНЕ.....                                                                                                         | 134 |
| КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С АКНЕ.....                                                                                                                     | 135 |
| ИЗМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ NON-Q ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ<br>МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ ..... | 136 |
| АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....                                                                                                                        | 137 |
| ПНЕВМОЭЛАСТИЧЕСКИЙ ОБТУРАТОР ИЗ ВОЛОКНИСТО-ПОРИСТОГО МАТЕРИАЛА «ГРИФТЕКС» ДЛЯ<br>ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНЫХ ТРУБЧАТЫХ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ .....                         | 138 |
| ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕТАБОЛИЗМА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ПОСЛЕ<br>ИМПЛАНТАЦИИ ФТОРОПЛАСТОВОГО ОБТУРАТОРА.....                              | 139 |
| СВОБОДНЫЕ АМИНОКИСЛОТЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ФТОРОПЛАСТОВОГО<br>КИШЕЧНОГО ОБТУРАТОРА.....                                                        | 140 |
| ТРАНСФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИКО - ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В<br>ПРОЦЕССЕ ИХ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ .....                                           | 141 |
| ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ .....                                                                              | 142 |
| ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ<br>ВСКРЫТИЙ .....                                                                   | 143 |
| ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ.....                                                                                                     | 144 |
| СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ЭПОНИМИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ.....                                                                                                   | 145 |
| ФЛАВОНОИДЫ И ИХ РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ .....                                                                                                                    | 146 |
| ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНТЕРОЦИТОВ И МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА.....                                                                         | 147 |
| ПРОФИЛАКТИКА МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ<br>.....                                                                      | 148 |
| КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНЦЕФАЛИТА НА ФОНЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСАМИ<br>ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1 И 2 ТИПОВ.....                                          | 149 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ БЕСПЛОДИЕМ.....                                                                                       | 150 |

|                                                                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ .....                                            | 151 |
| ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ..                                                            | 152 |
| КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....                                                      | 153 |
| НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ АТЛАНТОЗАТЫЛОЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ.....                                                                                  | 154 |
| ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПАРИТЕТА РОДОВ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ .....                                         | 155 |
| ДВУЯЗЫЧИЕ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....                                                                                                       | 156 |
| ФОРМИРОВАНИЕ РУМЛЁВСКОГО ЛЕСОПАРКА КАК ЧАСТЬ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ г. ГРОДНО.....                                                            | 158 |
| КИСЛОРОДТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА..... | 159 |
| АТРЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....                                                                       | 160 |
| КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕСТИРУЮЩИЕ СРЕДЫ В ИННОВАЦИОННОМ ОБРАЗОВАНИИ.....                                                                         | 161 |
| ЭМБРИОГЕНЕЗ МАТКИ И МАТОЧНЫХ ТРУБ ЧЕЛОВЕКА .....                                                                                        | 162 |
| ИЗУЧЕНИЕ ТОПОГРАФИЧЕСКОГО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ И МЕЗОНЕФРАЛЬНЫХ ПРОТОКОВ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ ЧЕЛОВЕКА.....                     | 163 |
| ПАРАМЕЗОНЕФРАЛЬНЫЕ ПРОТОКИ И ИХ РОЛЬ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ МАТКИ .....                                                                         | 164 |
| ВАРИАНТ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ.....                                               | 165 |
| ПОНИМАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМИ И МЕДПЕРСОНАЛОМ.....                                                                       | 166 |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....                                                               | 167 |
| ЦИФРОВАЯ ПОСТОБРАБОТКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИЗОБРАЖЕНИЙ.....                                                                                 | 168 |
| СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ ГРОДНЕНСКОГО ОБЛТУБДИСПАНСЕРА ЗА ПЕРИОД 2001-2006 гг. ....                                 | 169 |
| ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ. ....                                                         | 170 |
| ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНОЙ ИГРЕ КАК ПРИМЕР НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ.....                                                        | 171 |
| БОЛЬНЫЕ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ .....                                 | 172 |
| ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ.....                         | 173 |
| ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ВОЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ В МИРНОЕ ВРЕМЯ .                                                          | 174 |
| ПРОБЛЕМА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ.....                                                                 | 175 |
| ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА РАННИХ СРОКАХ .....                                                                        | 176 |
| ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ I-PSS У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФИНАСТОМ .....                 | 177 |
| ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ВЫПОЛНЕНИЯ АНТЕГРАДНОЙ МОШОНОЧНОЙ СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ .....                                               | 178 |
| ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ.....                                                               | 179 |
| РЭЗЕКЦІЯ ПАДСТРАЎНІКАВАЙ ЗАЛОЗЫ ПРЫ ВОСТРЫМ ПАНКРЭАТЫЦЕ Ў РАННІЯ ТЭРМІНЫ ЯК МЕТАД                                                       |     |

|                                                                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ВЫБАРУ.....                                                                                                                                           | 181 |
| КАРЭКЦЫЯ ПОСТВАГАТАМІЧНАГА ГАСТРАСТАЗА.....                                                                                                           | 182 |
| АВАРИЯ НА ЧАЭС. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.....                                                                                                | 183 |
| ВЛИЯНИЕ КУПФЕРОВСКИХ КЛЕТОК НА СОДЕРЖАНИЕ ДИЕНОВЫХ КОНЬЮГАТОВ В КРОВИ ПРИ ИШЕМИИ-РЕПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ У КРОЛИКОВ.....                                    | 184 |
| АТРЕЗИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВРОЖДЁННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)..... | 185 |
| ВОПРОСЫ КЛИНИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГЛАЗНОГО ТРАВМАТИЗМА.....                                                                                              | 186 |
| ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ СТУДЕНТАМИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ.....                                                                        | 187 |
| СТАТУС ЗДОРОВЬЯ, ШКОЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ.....                             | 188 |
| ВЕЛИКАЯ ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ВОЙНА В АМЕРИКАНСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ.....                                                                                         | 189 |
| СРАВНИТЕЛЬНО-СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АНГЛИЙСКИХ И РУССКИХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ТЕМИНОВ В ОБЛАСТИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ.....                                   | 191 |
| АМИНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ТИАМИНКИНАЗЫ ИЗ МОЗГА СВИНЬИ.....                                                                                               | 192 |
| НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИИ ФЛЕКСНЕРА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 25 ЛЕТ.....                                                       | 193 |
| НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОКОККОВЫХ МЕНИНГИТОВ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 25 ЛЕТ.....                                                 | 194 |
| ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....                                                                        | 195 |
| АМПУТАЦИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ: МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ.....                                                 | 196 |
| КУРЕНИЕ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ.....                                                                                                               | 197 |
| ТОКСИКОМАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, КАК ДЕЗАДАПТАЦИЯ В СОЦИУМЕ.....                                                                                 | 198 |
| АГРОЭКОТУРИЗМ В БЕЛАРУСИ.....                                                                                                                         | 199 |
| ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У СТУДЕНТОВ КОЛЛЕДЖА ИСКУССТВ.....                                                                       | 200 |
| К 95-летию ПРОФЕССОРА В.Ч. БРЖЕСКОГО.....                                                                                                             | 201 |
| ТАКТИКА ХИРУРГА НА ВЫСОТЕ АТАКИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА.....                                                                                   | 202 |
| К ИСТОРИИ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЙ ПРОБЫ КЛАВДИЯ ГАЛЕНА НА ЖИВОРОЖДЕННОСТЬ МЛАДЕНЦЕВ.....                                                                     | 203 |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....                                                                          | 204 |
| КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА, МАТЕРИ КОТОРЫХ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ.....                                                      | 205 |
| МЕДИКО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.....                                                                          | 206 |
| ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....                                                                                                  | 207 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....                                                                        | 209 |
| ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....                                                                                                  | 210 |
| МОДЕЛИРОВАНИЕ ЗАТУХАЮЩИХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ КОЛЕБАНИЙ.....                                                                                                 | 211 |
| ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ С ВРЕДНЫМИ ПРИВЫЧКАМИ.....                                                           | 212 |
| ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ ЦИРКАДНОГО РИТМА ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ                                                                                  |     |

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| СОКРАЩЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ТАХИКАРДИИ-БРАДИКАРДИИ.....                                                                               | 213 |
| ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА ПРИ СУТОЧНОМ МОНИТОРИРОВАНИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ.....     | 214 |
| АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ .....                                                                             | 215 |
| ГОДИЧНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ВСЛЕДСТВИЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА .....                     | 216 |
| ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У СТУДЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ.....                                                          | 217 |
| КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ ПО ДАННЫМ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА.....                                       | 218 |
| ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ПЯТИ СУТОК ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ЛИПОПОЛИСАХАРИДА .....                | 219 |
| ЗАДНЯЯ САГИТТАЛЬНАЯ ПРОКТОПЛАСТИКА (ЗСПП) В ЛЕЧЕНИИ АНО-РЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У ДЕТЕЙ .....                                          | 220 |
| РОЛЬ РЕФЛЮКС ГАСТРИТА В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА .....                                                         | 221 |
| КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОГНОЗА РАКА ЯИЧНИКОВ.....                                                                        | 222 |
| АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПО РОДИЛЬНЫМ ОТДЕЛЕНИЯМ БСМП..... | 223 |
| ИЗМЕНЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ГОЛОВЫ И ЛИЦА В ПРОЦЕССЕ РОСТА.....                                            | 224 |
| ВЛИЯНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА.....                                                                               | 225 |
| ВЛИЯНИЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭКСПРЕССИЮ РЕЦЕПТОРОВ К ЭСТРОГЕНУ И ПРОГЕСТЕРОНУ.....                | 226 |
| ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ.....                            | 227 |
| ПОВЕРХНОСТНАЯ ЛАДОННАЯ ДУГА У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ.....    | 228 |
| К ВОПРОСУ О ТОПОГРАФИИ НЕКОТОРЫХ ПРИСТЕНОЧНЫХ ВЕТВЕЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ.....                                                           | 230 |
| ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ВОПРОСАХ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ .....                                      | 230 |



Научное издание

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

В двух частях

*Часть 2*

Ответственный за выпуск: В.А. Снежицкий

Компьютерная верстка: И.И. Прецкайло  
Корректор: Л.С. Засельская

Подписано в печать 16.05.2008.  
Формат 60х84/16. Бумага офсетная.  
Гарнитура Таймс. Ризография.  
Усл. печ. л. **13,96**. Уч.-изд. л. **18,00**. Тираж **22** экз. Заказ **45**.

Издатель и полиграфическое исполнение  
учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133347 от 29.06.2004. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.